CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK II. Nr. 10

15.X.1937.

CHIRURG POLSKI

ROK II. WARSZAWA, 15 PAŹDZIERNIKA 1937 R. Nr. 10

Z Oddziału Urologicznego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Dr *Emil Michałowski.*

O kamicy przy wadach rozwojowych nerek i moczowodów

podał

Dr Fryderyk Laufer.

Rozwój diagnostyki urologicznej w ostatnich latach (pyelografia wstępująca i dożylna) pozwolił na rozpoznawanie kliniczne takich wad rozwojowych nerek i moczowodów, których stwierdzenie do niedawna było możliwe tylko podczas operacji lub sekcji. Znaczenie wad rozwojowych nerek i moczowodów dla lekarza polega na tym, że usposabiają one do różnych schorzeń. Równoczesne występowanie kamicy przy wadach rozwojowych nerek i moczowodów ma być rzadsze w porównaniu z innymi chorobami jak np. roponerczem czy gruźlicą. W pracy niniejszej, opartej na materiale chorych Oddz. Urologicznego Państw. Szpit. św. Łazarza w Krakowie, omówione zostaną wady rozwojowe nerek i moczowodów oraz przypadki równoczesnego występowania tychże wad z kamicą.

Rodzaje wad rozwojowych nerek i moczowodów.

Wady rozwojowe nerki polegają na nieprawidłowościach co do jej 1) l i c z b y: (brak wrodzony nerki, nerka nadliczbowa, nerka podwójna), 2) k s z t a ł t u: (nerka płatowa, pierścieniowata, wydłużona, trójkątna), 3) w i e l k o ś c i (nerka niedorozwinięta), 4) w z a j e m n e g o s t o s u n k u n e r e k d o s i e b i e: (nerka podkowiasta, nerka esowata, nerka zespolona — rein en galette, Kuchenniere), 5) p o ł o ż e n i a: (nerka przemieszczona — dystopia renis), 6) u k r w i e n i a: (naczynia dodatkowe nerki), 7) do wad rozwojowych nerek zaliczają ogólnie także z w y r o d n i e n i e t o r b i e l o w a t e n e r e k.

Co do wad rozwojowych moczowodów, polegają one również na nieprawidłowej 1) l i c z b i e (moczowód podwójny, moczowód rozszczepiony), 2) s z e r o k o ś c i ś w i a t ł a (zwężenie moczowodu, rozszerzenie moczowodu wrodzone, moczowód ślepy, uchyłek moczowodowy), 3) nieprawidłowym u j ś c i u moczowodów (zwężenie ujścia moczowodu wrodzone, przemieszczenie ujścia moczowodu wrodzone — ectopia ureteris).

Pyelografia jako metoda badania klinicznego pozwoliła na znacznie częstsze stwierdzanie wad rozwojowych, aniżeli w latach dawniejszych. Gdy np. *Harbitz* na 7748 sekcyj stwierdził w 161 przypadkach, a zatem w 2% wady rozwojowe górnych dróg moczowych; *Nauman* na 10.000 przypadków w 1%; *Israel* na 572 przypadków w 2%; *Fedoroff* na 558 w 3,1%

— to już z okresu pięciu lat od 1923 do 1928 stwierdził *Gottlieb* na własnym materiale klinicznym w 11,5% przypadków wady rozwojowe górnych dróg moczowych. *Mayo* na 649 przyp. operowanych nerek ma w 4% wady rozwojowe. W naszym materiale na 3.160 chorych od 1929 r. do 1937 r. spostrzegano 48 przypadków wad rozwojowych nerek i moczowodów tj 1,6%. Według *Hermana,* który w latach 1921 — 1927 z piśmiennictwa zebrał 507 przypadków wad górnych dróg moczowych — mają one występować częściej u kobiet aniżeli u mężczyzn (stosunek ten wynosi 50,5% do 42,2%); przy jednostronnym występowaniu strona lewa przeważa (35,5% do 25,5%); najczęściej mają wady rozwojowe nerek i moczowodów występować obustronnie (wg. *Hermana* w 39%).

W r o d z o n y b r a k j e d n e j n e r k i (agenesia, aplasia renis) jest wadą stosunkowo rzadką. Brak jednej nerki wrodzony ma być częstszy po stronie lewej *(Ginzetti)* i u mężczyzn *(Goldstein, Eisendrath).* W badaniu pośmiertnym spotyka się tę wadę w 0,14% przyp., a w materiale operacyjnym w 0,36% przyp. *(Herman).* Z powodu większego obciążenia pracą przychodzi w braku wrodzonym jednej nerki częściej do schorzenia dróg moczowych, (w 36% do 50% przypadków *Winter, Graser). Caracelli* na 100 przypadków braku wrodzonego nerki spostrzega 30 razy zapalenie nerek oraz takie choroby jak: kamica, ropo- i wodonercze, gruźlica i nowotwory.

N i e d o r o z w ó j n e r k i (hypoplasia) występuje zwykle obok innych wad rozwojowych nerek i moczowodów, a należy go odróżniać od zmniejszenia wymiarów nerki, jako wyniku zejścia pewnych stanów chorobowych nerek. Nerkę niedorozwiniętą cechują małe wymiary nerki, (tak np. w przypadku *Szenkera* nerka taka miała wymiary $4\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2} \times 1\frac{1}{2}$ cm), zmniejszona waga (20 gr. i poniżej), słabe unaczynienie i słabo wykształcone kielichy. Taką nerkę pewnie rozpoznać można tylko podczas zabiegu operacyjnego lub w badaniu pośmiertnym. *Harbitz* na 7,748 przyp. badanych pośmiertnie — niedorozwój nerki stwierdził w 22 przypadkach.

N e r k a p o d k o w i a s t a jest częstą wadą rozwojową; wedle *Adrian - Lichtenberga* stwierdza się nerkę podkowiastą w 1 : 598 przypadkach. W badaniu pośmiertnym stwierdza się nerkę podkowiastą raz na 500 przypadków, a podczas operacyj raz na 250 nerek operowanych. Połączenie obu nerek istnieje z reguły w dolnych biegunach, a jest ono albo miąższowe albo włókniste (łącznotkankowe). Połączenie górnych biegunów nerek występuje tylko w 10% przypadków nerki podkowiastej *(Eisendrath).* Wśród wad rozwojowych występuje nerka podkowiasta w 13.1% *(Herman).* Wada ta łączy się bardzo często z takimi schorzeniami jak wodo-, roponerczem, gruźlicą i kamicą. Czynnikami usposabiającymi do wtórnych schorzeń w nerce podkowiastej mają być utrudnienie odpływu moczu przez moczowód oraz mniejsza wartościowość całego narządu.

Przykładem tego są przypadki kilku różnych schorzeń w tej samej nerce podkowiastej: tak np. *Caulk* operuje chorego z nerką podkowiastą z powodu kamicy, aby w jakiś czas po tym usunąć tę samą nerkę z powodu raka; *Legueu* znajduje w nerce podkowiastej bąblowca z kamieniem; *Illyes* dokonał z powodu kamicy trzykrotnego zabiegu na tej samej nerce podkowiastej — raz, nacięcie miedniczki, a dwa razy nacięcie nerki; podobnie *Risigari* u jednego chorego z nerką podkowiastą wykonał również z powodu kamicy raz nacięcie nerki, a raz nacięcie miedniczki.

P r z e m i e s z c z e n i e n e r k i w r o d z o n e występuje w 1% przypadków, a w 20% wszystkich wad rozwojowych nerek i moczowodów. W wadzie tej

jedna lub obie nerki dobrze rozwinięte znajdują się w nieprawidłowym ułożeniu i to po tej samej stronie albo przeciwnej (dystopia renis homo-, heterolateralis). Przemieszczenie nerki może mieć miejsce w obrębie jamy brzusznej (dystopia abdominalis), na talerz biodrowy (dystopia iliaca — w 24%), w obręb miednicy małej (dystopia pelvinea — w 60%); wreszcie znane są przypadki przemieszczenia nerki w obręb klatki piersiowej (dystopia thoracalis — *Herman*). Według *Wohlauera* 31% nerek przemieszczonych choruje. Charakterystyczne dla nerki przemieszczonej, w odróżnieniu od nerki wędrującej, są: 1. krótki moczowód i 2. naczynia tętnicze pochodzące albo z tętnicy głównej albo z tętnicy biodrowej wspólnej, czy też z tętnicy udowej.

Jako nerkę podwójną określa się taką wadę rozwojową, w której istnieją dwie miedniczki i dwa moczowody. Miąższ nerkowy zachowuje się rozmaicie; odgraniczenie obu części nerki zaznaczone jest przez brózdę mniej lub więcej głęboką. Klinicznie rozpoznajemy nerki podwójne zwykle z powodu dołączającego się schorzenia. Rozdwojenie moczowodów w przypadkach nerek podwójnych może być zupełne (gdy są dwa ujścia), lub niezupełne (gdy dwa moczowody łączą się w jeden na różnych wysokościach i posiadają jedno ujście pęcherzowe). Częstość nerek podwójnych zobrazowują poniższe dane statystyczne: *Culver* na 600 przyp. urologicznych stwierdził 8 razy nerkę podwójną, *Geisinger* na 500 przyp. 7 razy, *Dozsa* na 13.000—33 razy, a *Jaksy* na 10.060—21 razy tj. 0,18%; *Herman* na 507 przyp. wad rozwojowych nerek i moczowodów stwierdził 207 razy podwójną miedniczkę, a 168 razy podwójny moczowód. W badaniu pośmiertnym stanowi nerka podwójna ½ — 1% wszystkich przypadków.

Nerka podwójna ma być mniej odporna na wszelkiego rodzaju schorzenia, aniżeli nerka prawidłowa. Według *Mertza* 30% nerek podwójnych wykazuje zmiany patologiczne; wg *Brascha* i *Schola* 37,5%, wg *Dozsy* 68,6%, wg *Haslingera* 80%, a wg *Helstroema* nawet 100% nerek podwójnych choruje. Zmiany chorobowe spotyka się jednak najczęściej tylko w jednej części nerki podwójnej; z tego właśnie powodu oraz ze względu na podwójny system naczyniowy udaje się w wielu wypadkach schorzeń nerki podwójnej wykonać tzw. heminephrectomię.



Rys. 1.
Pyelogram wstępujący: podwójna miedniczka i moczowód. Na zdjęciu widoczne skrzyżowanie moczowodów.

W przypadkach nerek podwójnych regułę stanowi *prawo Weigert-Meyera*. Prawo to mówi: w razie obecności podwójnego narządu (nerki) ujście moczowodu położone w pęcherzu przyśrodkowo prowadzi do górnej nerki, ujście zaś boczne do dolnej nerki. We wszystkich przypadkach nerek podwójnych spostrzeganych na oddziale urologicznym prawo to znalazło potwierdzenie. Takie ułożenie ujść jest wynikiem skrzyżowania moczowodów pochodzenia embrionalnego (rys. 1).

Do bardzo rzadkich wad rozwojowych

należy n e r k a n a d l i c z b o w a *(Parin)*. O nerce nadliczbowej mówić można wtedy, gdy obok dwóch prawidłowo wykształconych nerek stwierdza się trzecią nerkę, posiadającą własną miedniczkę, moczowód i naczynia, a nie pozostającą w żadnym anatomicznym związku z nerkami prawidłowymi *(Israel - Hryntschak)*. Do roku 1928 zebrał *Parin* 25 przypadków nerek nadliczbowych.

Tak zwane z w y r o d n i e n i e t o r b i e l o w a t e n e r e k jest wadą rozwojową i nie ma nic wspólnego z torbielami nerkowymi, które są zejściem różnych procesów chorobowych w nerkach *(Gruber)*. Zwyrodnienie torbielowate nerek występuje w 1% przypadków materiału urologicznego, a w 0,4% sekcyjnego *(Papst)*; według *Adriana - Lichtenberga* stwierdza się tę wadę raz na 727 ludzi zdrowych. Wada ta jest w 96% obustronna i ma być wynikiem zahamowania rozwoju płodowego nerek *(Aschoff)*. Wadę tę określa *Wildbolz* jako „polycystische Fehlbildung". Za tym, że nerka torbielowata jest wadą rozwojową przemawia fakt dziedzicznego występowania tej wady w 1/10 przypadków. Rozpoznanie zwyrodnienia torbielowatego nerek jest w połowie przypadków możliwe przez obmacywanie; pewne jest ono po wykonaniu pyelogramu dożylnego lub wstępującego, który jest charakterystyczny dla tej wady rozwojowej. Zwyrodnienie torbielowate nerek usposabia do krwawień nerkowych, zakażenia, kamicy i wreszcie do mocznicy.

Jakkolwiek patogeneza w r o d z o n e g o r o z s z e r z e n i a m o c z o w o d ó w nie jest wyjaśniona, to jednakże zaliczyć je należy do wad wrodzonych. Jedni *(Ravasini, Necker, Bouchard)* mówią o pierwotnym, idiopatycznym rozszerzeniu moczowodów, drudzy *(Fedoroff, Israel)* — o wrodzonej atonii moczowodów. Wrodzone rozszerzenie moczowodów może przebiegać albo bezobjawowo, zwykle jednak prędzej lub później staje się powodem wtórnego schorzenia dróg moczowych *(Bouchard)*.

U j ś c i e p r z e m i e s z c z o n e m o c z o w o d u (ectopia ureteris) jest wadą rozwojową rzadką, a polega ona na przemieszczeniu ujścia bądź w zakresie pęcherza, bądź poza pęcherz moczowy. Rozdwojenie moczowodów i miedniczek łączy się bardzo często z powyższą wadą; *Mertz* na 300 przypadków nerek podwójnych znalazł w 61 przypadkach ujście moczowodu przemieszczone. U kobiety znajdujemy ujście nieprawidłowe albo w cewce albo tuż w najbliższym jej otoczeniu; wtedy wywołuje ono objawy mimowolnego moczenia. U mężczyzn tego objawu nie spotyka się, ponieważ ujście takie leży ponad zwieraczem cewki zewnętrznym *(Dozsa)*.

R o z s z e r z e n i e t o r b i e l o w a t e c z ę ś c i ś r ó d ś c i e n n e j m o c z o w o d u (ureterocoele vesicalis) ma być wynikiem wrodzonego zwężenia ujścia moczowodowego, które wtórnie prowadzi do rozszerzenia śródściennej części moczowodu. Wtedy wpukla się cała ściana moczowodu (śluzówka i mięśniówka) do wnętrza pęcherza, tworząc w nim rozszerzenie torbielowate z ujściem moczowodu, leżącym na powierzchni tej torbieli. Wadzie tej towarzyszą często kamica, wodo- i roponercze.

M o c z o w ó d ś l e p y i u c h y ł e k m o c z o w o d o w y są bardzo rzadkimi wadami rozwojowymi. Czasem stwierdza się wady takie w przypadkach podwójnego moczowodu, a czasem przy braku wrodzonym jednej nerki (jak w naszym przypadku).

*

Poniżej zestawione są przypadki wad rozwojowych nerek i moczowodów, spostrzeganych na Oddz. Urol. Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie w latach 1930 — 1937 (tablica 1).

T a b l i c a 1.

Wady rozwojowe nerek i moczowodów, spostrzegane na Oddz. Urolog. Państw. Szpit. św. Łazarza w Krakowie w latach 1929 — 1937.

CHORY							Rodzaj wad rozwojowych nerek i moczow.																	Sposób rozpoznania	Schorzenia towarzyszące	Uwagi
		płeć		strona								przemieszczenie nerki														
L. p.	wiek	męska	żeńska	prawa	lewa	obie	wrodz. brak nerki	nerka nadliczbowa	niedorozwój nerek	nerka podkowiasta	nerka płatowa	biodrowe	miednicze	jednostronne	skrzyżowane	zwyrod. torbiel. nerek	miedniczka podwójna	moczowód podwójny	moczowód przemieszcz.	moczowód rozszczep.	moczowód ślepy	wrodz. rozszerz. mocz.	rozszerz. torb. mocz.			
1	42	1			1		1																	Rtg.	Zapal. pęcherza i miedniczki	
2	35		1		1		1																	Op. Rtg.	Kamień, bezmocz	Nacięcie moczowodu
3	50		1	1			1																	Rtg.	Guz w prawym jajniku	
4	37	1		1			1														1			Rtg.	Kamień w lewym moczowodzie. Bezmocz	
5	33		1	1			1																	Rtg.	Zapalenie pęcherza	
6	42	1			1						1													Rtg.	Roponercze lewostronne	
7	34	1		1									1	1										Rtg.	Kamień w nerce prawej	
8	60		1	1								1		1										Rtg.	Ropień m. biodr. krzyżowego	
9	32		1									1		1										Rtg.	Roponercze	
10	47	1											1	1										Op.	Nadnerczak	
11	18	1			1								1	1										Op.	Roponercze	
12	25		1	1								1		1										Op.	Wodonercze	
13	57	1				1										1								Rtg.	Krwiomocz	
14	62	1				1										1								Rtg.		
15	33		1			1										1								Rtg.		
16	52	1				1										1								B. fiz.	Zapal. nerek	
17	56	1				1										1								B. fiz.	Bezmocz	Exitus
18	42	1				1										1								Rtg.		
19	41	1				1										1								Op. Rtg.		Odsłonięcie nerki prawej. Termokauter. torb.
20	17		1	1													1	1						Rtg.	Bóle w boku prawym	
21	28		1	1													1	1						Rtg.	Bóle w boku prawym	
22	32		1	1													1	1						Rtg.		
23	16		1		1												1	1						Rtg.	Zap. pęcherza Krwiomocz nerkowy lewy	
24	25	1			1													1						Op.	Wodonercze	Wyjęcie nerki
25	64		1		1													1						Rtg.		

L. p.	CHORY: wiek	CHORY: płeć: męska	CHORY: płeć: żeńska	CHORY: strona: prawa	CHORY: strona: lewa	CHORY: strona: obie	Rodzaj wad rozwojowych nerek i moczow.: wrodz. brak nerki	nerka nadliczbowa	niedorozwój nerek	nerka podkowiasta	nerka płatowa	przemieszczenie nerki: biodrowe	przemieszczenie nerki: miednicze	przemieszczenie nerki: jednostronne	przemieszczenie nerki: skrzyżowane	zwyrod. torbiel. nerek	miedniczka podwójna	moczowód podwójny	moczowód przemieszcz.	moczowód rozszczep.	moczowód ślepy	wrodz. rozszerz. mocz.	rozszerz. torb. mocz.	Sposoby rozpoznawania	Schorzenia towarzyszące	Uwagi
26	17		1	1														1						Barw.	Zapal. nerek	
27	42		1			1											1	1						Rtg.	Bakteriomocz	
28	25	1			1												1	1						Rtg.	Zap. pęcherza	
29	53		1		1												1	1						Op.	Kamień i roponercze w górnej lewej nerce	
30	35	1				1											1	1						Rtg.	Mięsak grucz. chłon. pozaotrz.	
31	65		1	1													1	1						Rtg.	Obustr. zapal. miedniczek	
32	55		1	1													1	1						Rtg.	Bakteriomocz	
33	20		1	1													1	1						Rtg.	Rozszczep. wrodz. kręgosłupa	
34	21	1		1													1			1				Rtg.	Kamień poniżej rozszczep. mocz.	Nacięcie moczowodu
35	42	1			1							1		1			1			1				Rtg.	Tumor lienis chron.	
36	55	1			1												1			1				Rtg.	Rak pęcherza na zewnątrz od ujścia l. mocz.	
37	15	1		1													1			1				Rtg.	Bakteriomocz.	
38	42	1				1																1		Rtg.		
39	35	1				1						1		1								1		Rtg.	Zap. stawu biodr. pr.	
40	40		1			1																1		Rtg.	Zap. miedniczek i pęcherza	
41	35		1	1																			1	Rtg.	Kamień w moczowod. praw.	Usunięcie nerki pr.
42	15	1		1																			1	Wziernik.		Elektrokoagulacja torbieli
43	40	1			1																		1	Rtg.	Kamień w moczowod. lew.	Elektrokoagulacja torbieli
44	49		1		1																		1	Rtg.	Kamień w moczowod. lew.	Elektrokoagulacja torbieli
45	22	1			1																		1	Rtg.	Kamień w moczowod. lew.	Elektrokoagulacja torbieli
46 *)	31		1	1																			1	Rtg.	Kamień w moczowod. praw.	Usunięcie nerki pr.
47	41	1				1				1														Rtg.	Kamica	
48	44		1		1												1	1						Rtg.	Zap. pęcherza. Rak szyjki mac	

*) Przypadek ogłoszony przez Doc. T. Pisarskiego (P. P. Chir. T. XI. Str. 271).

Na 3,160 leżących chorych na oddz. urologicznym od dnia 19.VIII 1929 do 15.VII 1937 spostrzegano 48 przypadków wad rozwojowych nerek i moczowodów tj. 1,6%. W materiale naszym 25 przyp. dotyczyło mężczyzn, 23 zaś kobiet (tablica 2).

gliwości ze strony narządu moczowego. W tej ostatniej grupie stwierdzono 11 razy kamicę: 5 razy w przyp. torbielowatego rozszerzenia moczowodu, 2 razy w braku wrodzonym nerki, 1 raz w nerce przemieszczonej obustronnie, 2 razy w nerce podwój-

Tablica 2.

Rodzaj wad rozwojowych nerek i moczowodów. Płeć, strona i leczenie (materiał własny).

Wady rozwojowe	płeć		strona			rozpoznanie		leczenie		
	m.	k.	pr.	lew.	obie	przypadkowo	z powodu choroby	operacyjne	zachow.	nie lecz.
Wrodzony brak nerki	2	3	3	2			5	1	4	
Nerka podkowiasta	1				1	1				1
Nerka płatowa	1		1				1		1	
Nerka przemieszczona	3	3	4	1	1		6	3	2	1
Zwyrodnienie torbielowate nerek	6	1			7	3	4	1	3	3
Podwójny moczowód, podwójna miedniczka	3	12	7	6	2	3	12	2	10	3
Moczowód rozszczepiony	4		2	2			4	1	3	
Rozszerzenie moczowodu wrodzone	2	1			3	2	1		2	1
Ureterocoele	3	3	3	3		1	5	2	4	
Razem	25	23	20	14	14	10	38	10	29	9

W 20 przyp. wada rozwojowa dotyczyła strony prawej; w 14 strony lewej; w 14 przyp. wady były obustronne. Dwa przyp. obustronnego występowania podwójnych miedniczek oraz moczowodów, dla rzadkości tej wady, przedstawione są na rys. 2 i 3.

W materiale naszym 10 razy odkryto wady rozwojowe nerek i moczowodów przypadkowo, 38 razy zaś z powodu dole-

nej, 1 raz w nerce podkowiastej. W pozostałych 27 przyp. stwierdzono: w 3 przyp. wodonercze; w 3 przyp. roponercze; w 10 przyp. zmiany zapalne nerek oraz pęcherza; 3 razy bakteriomocz; 1 raz nadnerczak; 1 raz brodawczak pęcherza przy ujściu moczowodu dotkniętego wadą rozwojową; 2 razy rozszczep wrodzony kręgosłupa; w 4 pozostałych przyp. stwierdzono zmiany, nie pozostające w związku z na-

rządem moczowym. Na 48 przyp. — 10 z nich leczono operacyjnie, (z tych w 7 przy-



Rys. 2.
Podwójna miedniczka i moczowód po obu stronach. Pyclogram dożylny. Kobieta lat 42; bakteriomocz.



Rys. 3.
Podwójna miedniczka i moczowód po obu stronach. Pyclogram dożylny. Mężczyzna lat 35; mięsak gruczołów pozaotrzewnowych.

padkach usunięto nerkę, w 1 odsłonięto nerkę, a w 2 przyp. nacięto moczowód). W 38 przyp. zastosowano leczenie zachowawcze.

W naszym materiale wady rozwojowe występują równie często u mężczyzn, jak i u kobiet; częściej po stronie prawej aniżeli lewej; rzadziej obustronnie (w przeciwieństwie do *Hermana).*

*

Z powyższych uwag wynika, że wady rozwojowe nerek i moczowodów usposabiają do różnych schorzeń narządu moczowego. Odgrywają tu rolę zmiany anatomiczne nerek, moczowodów i naczyń utrudniające prawidłowy odpływ moczu. Przez niektórych autorów podkreślana jest poza tym w tych przypadkach mniejsza sprawność biologiczna narządu. Podnoszono wprawdzie przypadki, w których po jednej stronie występuje wada rozwojowa, a po drugiej sadowi się choroba *(Brovn, Delcher* i *Harbster);* wszystkie jednakże statystyki wykazują w olbrzymim odsetku przypadków wtórne schorzenia dróg moczowych przy wadach rozwojowych nerek i moczowodów. Z naszych spostrzeżeń wynika, że najczęstszym powikłaniem wad rozwojowych nerek i moczowodów jest kamica: na 48 przyp. wad w 11 przyp. kamica tj. 22,9%. Według *Straussa* i *Mandla,* którzy spostrzeżenia swoje oparli na 16 przyp., ma być to rzadkie powikłanie wad nerek i moczowodów. Przy przeglądaniu jednak literatury do roku 1937 napotyka się wcale nierzadko przypadki równoczesnego występowania kamicy przy wadach rozwojowych górnych dróg moczowych. Ogłoszono dotychczas 131 przypadków kamicy przy wadach rozwojowych nerek i moczowodów. Najczęstszą wadą rozwojową górnych dróg moczowych, której towarzyszy kamica, jest nerka podkowiasta (na 131 przyp. 52); drugie miejsce zajmuje nerka podwójna (na 131 przyp. 31); wreszcie nerka przemieszczona (na 131 przyp. 25).

Tablica 3.
Częstość występowania kamicy w wadach rozwojowych nerek i moczowodów.

Autor	Rodzaj wady:	Ilość przypadków:	Przypadki z równoczesną kamicą:	%
Dozsa:	różne	57	12	21,05
Eisendrath i Culver:	nerka podkowiasta	132	52	39,3
Gottlieb:	różne	54	13	24,07
Herman:	różne	507	49	9,66
Franco:	podwójne miedn. i moczow.	120	12	10
Legueu:	nerka podkowiasta	10	3	30
Mayo:	podwójne miedn. i moczow.	54	13	24,07
Materiał własny:	różne	48	11	22,9
Razem:		982	165	16,8

Na podstawie danych z piśmiennictwa oraz własnego materiału możemy stwierdzić że:

1) kamica jest częstym powikłaniem wad rozwojowych nerek i moczowodów;
2) można dopatrywać się związku przyczynowego pomiędzy wadą rozwojową i kamicą;
3) najprawdopodobniej czynnikiem usposabiającym do powstawania kamicy przy wadach rozwojowych nerek i moczowodów jest w pierwszym rzędzie utrudnienie w odpływie moczu, wiodące do zastoju, aczkolwiek w wielu przypadkach nie można klinicznie stwierdzić zaburzeń w odpływie moczu;
4) w powstawaniu kamicy przy wadach rozwojowych nerek i moczowodów rolę odgrywa również i zmniejszona wartościowość biologiczna narządu;
5) w pewnych przypadkach zaburzenia rozwojowe w narządzie moczowym mogą iść w parze ze skazami przemiany materii; w tych przypadkach może przyjść do powstawania złogów mineralnych w narządzie moczowym na tle skazy kamiczej ustrojowej, niezależnie od anatomicznych zmian rozwojowych narządu moczowego [1]).

[1]) Autor podał tytuły 85 prac z piśmiennictwa światowego. Nie drukujemy tego spisu ze względów technicznych, odsyłając zainteresowanych bezpośrednio do autora.

Redakcja.

R E S U M É.

Sur la lithiase en cas de malformátions congenitales des reins et des urétères.

par

Dr. F. Laufer (Kraków).

En se basant sur le materiel du service d'urologie d'hôpital St. Lazare à Cracovie (Chef du service *dr E. Michałowski*), ainsi que sur les donnés de la litterature, l'auteur conclut, que la calculose renale est une complication fréquente de malformations congenitales des reins et des urétères.

On peut supçonner, que la gêne d'evacuer urines, qui produit une stase, est un agent provacateur de la lithiase. Dans certains cas on peut supposer, qu'il existe une diathèse, celle qui est independante de la malformation.

K A Z U I S T Y K A

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.

Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński.*

Przypadek mięsaka jelita cienkiego

podał

Dr Tadeusz F. Hofbauer.

Mięsaki przewodu pokarmowego są schorzeniem rzadkim. Zestawienie kliniczne *Staemlera* z r. 1933 obejmuje 400 przypadków. Anatomopatolodzy znajdowali je w 0,06% wszystkich przypadków sekcjonowanych. Spotykano je częściej w żołądku i odbytnicy, niż w pozostałych odcinkach przewodu pokarmowego, częściej w jelicie cienkim niż grubym i częściej w końcowym niż w początkowym jego odcinku. Choć stwierdzano ich obecność u osobników różnej płci i w każdym wieku, to jednak większość znanych z piśmiennictwa doniesień dotyczyła mężczyzn i przeważnie ludzi młodych. W niemal żadnym wreszcie z przypadków nie ustalono przed zabiegiem względnie przed sekcją właściwego rozpoznania. Wynika stąd konieczność dalszych doniesień klinicznych.

Spostrzegany przez nas przypadek dotyczył chorego lat 54, który zgłosił się do szpitala z powodu bólów w lewym podżebrzu i wyczuwalnego przez powłoki w nadbrzuszu guza, co zauwa-

żył od miesiąca. Podawał, że uprzednio nigdy nie chorował i że dziedzicznie nie jest obciążony. Przy badaniu stwierdzono wychudzenie, bladość skóry i spojówek obok normalnej ciepłoty ciała. Badanie fizykalne nie wykazało w narządach klatki piersiowej większych odchyleń od normy. Przy prześwietleniu stwierdzono zgrubienie opłucnej szczytowej i zagęszczenie rysunku wnęk, zawierających cienie zwapniałych gruczołów. Brzuch był wysklepiony prawidłowo. W nadbrzuszu wyczuwało się obecność guza. Guz ten, wielkości głowy dziecka, na ucisk tkliwy, posiadał kształt nieregularny, zbliżony do kulistego, powierzchnię gładką i granice dość ścisłe. Dolna granica guza sięgała o 10 cm. poniżej lewego łuku żebrowego, wewnętrzna — do linii przymostkowej, zewnętrzna — do linii pachowej tylnej, górna gubiła się pod lewym łukiem żebrowym. Guz nieprzesuwalny na podstawie, zdawał się posiadać ruchomość oddechową. W moczu nie stwierdzono obecności składników patologicznych. Badanie krwi wykazało 4.760.000 ciałek czerwonych, 7500 ciałek białych, 80% hemoglobiny; wskaźnik wynosił 0.85. Biały obraz krwi przedstawiał się prawidłowo. Odczyny Wassermanna i Meinickego z krwi wypadły ujemnie. Prześwietlenie rtg. wydawało się świadczyć o tym, że guz nie pozostaje w związku z przewodem pokarmowym. Przy wlewie kontrastowym treść wypełniła bez przeszkód całą okrężnicę, przy czym okolica zagięcia śledzionowego znajdowała się poza guzem i nie była przezeń przemieszczona ani uciśnięta. Badania sprawności czynnościowej trzustki nie wykazały żadnych odchyleń od normy. Wreszcie przeprowadzone badania urologiczne wyłączyło istnienie związku guza z lewą nerką.

Chory nie zgodził się na proponowany mu zabieg operacyjny i po kilku dniach opuścił szpital. Zgłosił się ponownie po upływie 2½ miesięcy. Podawał, że guz stale się powiększał, że przed miesiącem miał bardzo silne bóle brzucha i gorączkował do 40°. Przed tygodniem wystąpiły gwałtowne wymioty treścią śluzową, przy czym nagle oddał przeszło litr smołowo-czarnego półpłynnego stolca. Bezpośrednio po tym wypróżnieniu nie mógł już wyczuć guza, który dawniej wyczuwał z łatwością. Od kilku dni jednak znowu wyczuwa guz i miewa bóle brzucha, choć znacznie słabsze, niż na początku choroby.

Stwierdzony przy badaniu guz wykazywał wszystkie te same cechy co poprzednio, posiadał tylko nieco większe rozmiary. Jak wykazało jednak systematyczne badanie guza przeprowadzone w ciągu dni kilkunastu, wielkość jego ulegała wyraźnym zmianom. Badanie krwi wykazało mniejszą niż poprzednio ilość Hb i krwinek, wzmogła się natomiast szybkość opadania czerwonych ciałek (po godzinie 30 mm, po 2 godzinach 65 mm). W stolcu stwierdzono obecność



Rys. 1.

krwi utajonej, pod mikroskopem zaś — liczne krwinki czerwone i brak prątków Kocha. Przeprowadzone prześwietlenie przewodu pokarmowego *(Dr Adamowicz)* tym razem dało obraz zupełnie odmienny (rys. 1 i 2). Żołądek naczczo próżny, morfologicznie i czynnościowo zachowywał się prawidłowo; stwierdzono bolesność uciskową poza żołądkiem po lewej stronie brzucha, w miejscu wyczuwalnego guza. W 7 godzin po przyjęciu papki żołądek był próżny,



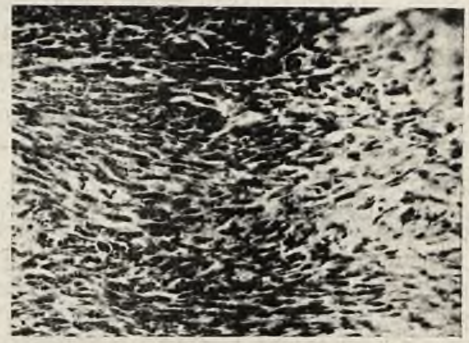
Rys. 2.

a treść wypełniała nierównomiernie okrężnicę po koniec wstępnicy. Poprzecznica była spastycznie obkurczona. Po stronie lewej brzucha poniżej poprzecznicy treść kontrastowa wypełniała dużą jamę o nieregularnych obrysach, odpowiadającą miejscu macalnego guza. W 24 i 48 godzin po przyjęciu papki wyczuwalny guz w dalszym ciągu wykazywał obecność jamy o dość równych zatokowatych brzegach, wypełniającej się treścią kontrastową poprzez jelito cienkie. Wynik badania przemawiał za obecnością guza jamistego, połączonego z jelitem cienkim, za przebiciem guza i opróżnianiem się jego zawartości do światła jelita.

Po próbnym otwarciu brzucha stwierdzono na tylnej ścianie jamy brzusznej poniżej nasady krezki poprzecznicy obecność wielkiego guza nieporuszalnego na szerokiej podstawie. Początkowy odcinek jelita czczego pozostawał w zupełnie ścisłym związku z guzem. Makroskopowo nie podobna było rozstrzygnąć charakteru twardego guza, o powierzchni nierównej, guzowatej; wydawał się on wszakże nie pozostawać w żadnym związku z trzustką i sprawiał wrażenie nowotworu złośliwego. O operacyjnym usunięciu guza nie mogło być naturalnie mowy.

Chory zmarł w kilka dni po zabiegu. Na sekcji stwierdzono, że guz wielkości dwu pięści, ułożony po lewej stronie kręgosłupa, przylegał do trzonów I — III kręgów lędźwiowych i ogona trzustki. Sprawiał on wrażenie guza śródkrezkowego i pozaotrzewnowego, pozostawał jednak w ścisłym związku z górnym odcinkiem jelita czczego, obejmując je częściowo. Guz tworzył torbiel, której światło łączyło się ze światłem jelita na tylno-bocznej jego powierzchni przy pomocy otworu drożnego dla opuszek 2 palców. Jama tej torbieli o grubych ścianach posiadała nierówne obrysy, zawierała treść jelitową i masy nekrotyczne barwy brudno-czerwonej. Sąsiednie gruczoły chłonne nie były powiększone, natomiast w miąższu wątroby stwierdzono przerzuty nowotworowe. Badanie histologiczne (rys. 3 i 4) wycinka z guza wykazało, iż utkanie jego składa się z ułożonych bezładnie różnej wielkości komórek wrzecionowatych, miejscami długich, z podłużnymi jądrami i dość znaczną ilością postaci kariokinetycznych. Obraz histologiczny przemawiał za utkaniem mięsaka wrzecionowato-komórkowego, wychodzącego najprawdopodobniej z komórek mięśni gładkich ściany jelitowej (myoblastoma).

Mieliśmy w tym przypadku do czynienia z pierwotnym mięsakiem górnego odcinka jelita czczego. Guz wychodzący z mięśniówki tylnego odcinka ściany jelita, rósł nie w kierunku jego światła, lecz ku zewnątrz, ku krótkiej w tym miejscu krezce i tylnej ścianie brzucha, wskutek czego przez czas dłuższy mógł nie sprawiać choremu więk-



Rys. 3.

szych dolegliwości i osiągnąć znaczną wielkość. Wskutek rozmiękania centralnych partyj guza powstała torbiel znacznych rozmiarów, która po pewnym czasie przebiła do światła jelita w miejscu największego zniszczenia jego ściany, opróżniając się częściowo z treści.



Rys. 4.

Znamy z piśmiennictwa tego rodzaju przebieg i zejście sprawy. Wiemy, że mięsaki wychodzące ze ścian jelita cienkiego, w przeciwieństwie do raków, zajmują większy odcinek jelita, nie prowadząc przeważnie do zwężeń światła, lecz przeciw-

nie powodując nawet częstokroć jego rozszerzenie na kształt tętniaka, że nowotwór wcześnie przechodzi na krezkę i narządy sąsiednie, że może przez czas dłuższy przebiegać zupełnie bezobjawowo, względnie daje dolegliwości nieokreślone. Usiłowano wprawdzie zestawić przypadki kliniczne dla odtworzenia właściwego obrazu choroby, poszczególne z nich jednak tak znacznie różniły się między sobą, że okazało się zupełnie niemożliwym nawet ich ugrupowanie i stworzenie pewnego podziału. Stąd przypadki te zwykle zbyt późno dostają się do rąk chirurga i dają złe rokowanie, gdyż wyjątkowo tylko nadają się do zabiegu doszczętnego. Ale nawet i w okresie spóźnionym wielkie nastręczają one trudności rozpoznawcze. Większość znanych z piśmiennictwa przypadków dostawała się na stół operacyjny z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, woreczka żółciowego, względnie otrzewnej, gruźlicy jelit, guza nerki itd. Szereg autorów podkreśla, że, zwłaszcza w przypadkach, w których światło torbieli łączy się ze światłem jelita przy pomocy cienkiej szypuły, właściwe rozpoznanie charakteru torbieli nawet na stole operacyjnym bywa niezwykle trudne i najczęściej rozstrzyga je dopiero następowe badanie histologiczne. Jak wykazały te badania częściej znacznie spotykamy się z mięsakiem okrągło-komórkowym i mięsakiem chłonnym, niż z wrzecionowato-komórkowym i mięśniako-mięsakiem, z jakim mieliśmy do czynienia w naszym przypadku.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Reichel - Staemler* — Die Neubildungen des Darmes. Neue deutsche Chirurgie, Bd. 33a, 1924 i Bd. 33b., 1933; 2) *Koch* — Ein Beitrag zur Kenntnis der primären Dünndarmsarkome. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. 191, 1925. 3) *Akerlund* — Acta Chirurgica Scandinavica, Bd. 71, 1932. 4) *Oettle* — Primäres Dündarmsarkom als Ursache einer Perforationsperitonitis. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. 245, 1935. 5) *Knorre* — Ein Fall von Myosarkom des Dünndarms. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. 246, 1935.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Międzykomunalnego w Baranowiczach.

Przypadek torbieli trzustki wyleczony za pomocą zespolenia torbieli z pęcherzykiem żółciowym bez podwiązania przewodu pęcherzykowego

podał

Dr Leon Achmatowicz.

Sprawę operacyjnego leczenia prawdziwych torbieli trzustki zasadniczo rozstrzygamy bardzo łatwo: należy taką torbiel całkowicie usunąć. Ponieważ, praktycznie biorąc, zabieg ten jest w większości przypadków niewykonalny, znaczna część chirurgów dokonywuje marsupializacji. Jednak marsupializacja daje długo trwające nie gojące się przetoki, które sprawiają i choremu i chirurgowi dużo kłopotów.

W celu ominięcia tych powikłań i załatwienia sprawy w sposób znacznie szybszy i racjonalniejszy *Ombrédanne* w r. 1911 dokonał zespolenia torbieli trzustki z dwunastnicą. Chory jego zmarł w 11. dniu po operacji. W roku 1921 *Jedlicka* dokonał zespolenia torbieli trzustki z żołądkiem, tak samo u nas postępuje *prof. Jurasz.* W roku 1927 *Henle* z powodzeniem dokonał cystopancreatoenterostomii. W ro-

ku 1929 *Kirschner* dokonał transduodenalnej anastomozy torbieli trzustki z dwunastnicą.

Wszystkie te zabiegi mają tę wadę, że zawartość czy żołądka czy jelit trafia do torbieli trzustki, zalega tam i niekiedy daje powikłania w postaci wtórnego zakażenia torbieli ze wszystkimi tego następstwami. Z tych właśnie względów *Walzel* w roku 1927 zaproponował i wykonał zespolenie trzustki z pęcherzykiem po uprzednim podwiązaniu przewodu pęcherzykowego. Podwiązanie przewodu pęcherzykowego uzasadniał tym, że pęcherzyk żółciowy posiada tak wielką zdolność resorbcyjną, że jest w stanie pochłonąć całą zawartość torbieli trzustki. Jednak wynik takiego postępowania nie dowiódł, jak się zdaje, słuszności rozumowania teoretycznego.

Rozumowanie moje odnośnie zespolenia pęcherzyka żółciowego z torbielą trzustki jest następujące: nie widzę powodu i wskazań do podwiązania przewodu pęcherzykowego, gdyż przy drożnym przewodzie pęcherzykowym zawartość trzustki po zespoleniu z pęcherzykiem żółciowym dostanie się odrazu poprzez przewód pęcherzykowy i wspólny przewód żółciowy do dwunastnicy i w ten sposób uskuteczni się opróżnienie się torbieli trzustki do jelita. Zakażenie torbieli trzustki drogą wstępującą (od jelita) nastąpić nie może. Przedostawanie się soku trzustkowego do przewodu żółciowego wspólnego niczym nie zagraża, gdyż i w warunkach normalnych przewód trzustkowy czy główny, czy dodatkowy mogą otwierać się do światła przewodu żółciowego wspólnego.

Na zasadzie tych rozumowań dokonałem zespolenia torbieli trzustki z pęcherzykiem żółciowym bez uprzedniego podwiązania przewodu pęcherzykowego w przypadku następującym:

Chora S. A. lat 19, pracownica domowa, przybyła w dniu 22.VI 1937 r. do szpitala ze skargami na ból pod prawym łukiem żebrowym, który wystąpił nagle bez określonej przyczyny i trwa od 2 tygodni z różnym nasileniem. Ból ten o charakterze stałym, promieniuje do dołka podsercowego i kręgosłupa ku stronie lewej. Wymiotów nie było. Mocz i stolec oddaje normalnie. Wypróżnienia normalnie zabarwione. Jednocześnie z wystąpieniem bólów chora zauważyła w górnej części brzucha guz.

Stan obecny: chora gorączkuje, spojówki gałek ocznych podbarwione żółtaczkowo. Ciepłota ciała 38,2 tętno 96 na minutę. Ze strony narządów klatki piersiowej zmian chorobowych brak. Brzuch miękki; pod prawym łukiem żebrowym i w nadbrzuszu stwierdza się guz wielkości głowy dorosłego człowieka, kształtu okrągłego, chelboczący, na ucisk bolesny, nieruchomy, elastyczny. Guz ma następujące granice: z prawa — linia brodawkowa prawa, z lewa — linia mostkowa lewa, górna granica guza nie daje się ustalić, gdyż sięga on pod łuk żebrowy prawy, dolna granica guza znajduje się o 3 palce powyżej pępka. Objaw Chełmońskiego dodatni. Ze strony narządów moczowo - płciowych zmian brak. Badanie krwi wykazuje: leukocytoza 20000, eozynochł. 1%, myelocyt. 1%, monocyt. 4%, młodych 3%, pałeczkowatych 3%, limfocyt. 16%. Badanie moczu i kału nie wykazuje zmian.

24.VI. Operacja *(Achmatowicz)*. W uśpieniu eterowym cięciem równoległym do łuku żebrowego prawego otwarto jamę brzuszną i stwierdzono: pod prawym płatem wątroby znajduje się guz wielkości głowy dorosłego człowieka, leżący pozaotrzewnowo, sięgający w lewo do linii mostkowej lewej. Na przedniej powierzchni guza przebiega odźwiernik, dwunastnica i poprzecznica. Pęcherzyk żółciowy leży ponad guzem i jest z nim zrośnięty. Dokładne badanie guza wykazuje, że jest to torbiel głowy i prawej połowy trzonu trzustki. Dokonano nakłucia torbieli i usunięto około 2 litrów płynu cuchnącego chlorkiem, mętnego, ze znaczną domieszką włóknika, robiącego wrażenie gęstej ropy. Po usunięciu płynu zespolono dno pęcherzyka żółciowego z torbielą. Jamę brzuszną zamknięto szczelnie.

Badanie bakteriologiczne płynu pochodzącego z torbieli wykazuje obecność licz-

nych łańcuszkowców, a płyn zawiera wszystkie cechy soku trzustkowego.

28. VI. Chora czuje się dobrze, język wilgotny, brzuch miękki, wiatry odchodzą, mocz oddaje, żółtaczkowe zabarwienie spojówek gałki znika. Ciepłota ciała 37,4 tętno 90 na minutę.

1. VII. Chora skarży się na silne bóle pod prawym łukiem żebrowym promieniujące do łopatki prawej. Spojówki mają odcień żółtaczkowy.

5. VII. Stan chorej dobry, zdjęto szwy, rana zagoiła się bez powikłań.

12. VII. Bóle pod prawym łukiem żebrowym. Górna granica wątroby sięga w linii przymostkowej górnego brzegu czwartego żebra.

8. VIII. Bóle się zmniejszyły, ogólny stan chorej dobry.

24. VIII. Badanie krwi wykazuje leukocytozę 7000. Chora wypisana w stanie dobrym bez dolegliwości.

Przypadek ten był o tyle ciężki, że zawartość torbieli trzustki była zakażona — stwierdziliśmy to przed zabiegiem klinicznie, w czasie operacji ad oculos i laboratoryjnie — posiew dał liczne kolonie paciorkowców. Pomimo to zabieg operacyjny odniósł pożądany skutek i jeżeli w przebiegu pooperacyjnym wystąpiło nieznaczne zakażenie dróg żółciowych, należy to tłumaczyć wyłącznie tym, że zawartość torbieli była zakażona już przed operacją. Zapalny stan dróg żółciowych dał się szybko opanować i chora opuściła szpital zdrowa.

W ten sposób słuszność mego rozumowania teoretycznego została udowodniona klinicznie.

PIŚMIENNICTWO.

P. Brocq i C. Miginiac. Chirurgie du pancreas, Masson 1934.

RÉSUMÉ.

Un cas de kyste vraie du pancréas guéri par anastomose cholecysto - pancréatique

par

Dr L. Achmatowicz (Baranowicze).

L'auteur décrit un cas de kyste pancréatique, qui fut guéri par l'anastomose de la kyste avec la vesicule biliaire sans ligature du canal kystique.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: Płk. Dr *T. Sokołowski.*

Seria przypadków złamania trzonu kości udowej, leczonych wyciągiem drutowym na improwizowanej pionowej szynie uda

podał

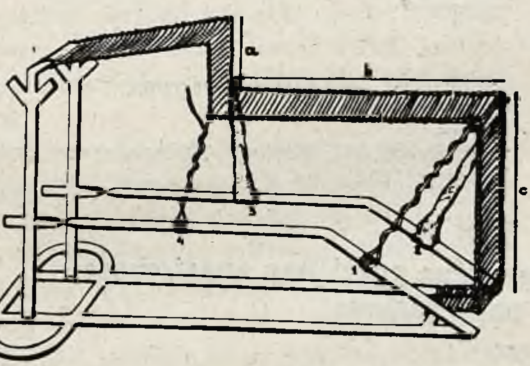
Dr Jerzy Szulc.

Od czasu ustalenia w Instytucie Chirurgii Urazowej zasady leczenia złamań trzonu kości udowej [1]) na improwizowanej z podstawki Brauna i szyn drucianych, szynie pionowej, zastosowaliśmy ten sposób metodycznie w kilkudziesięciu przypadkach, precyzując ostatecznie technikę.

Rys. 1. przedstawia najprostszy sposób

[1]) J. Skorko: „Wytyczne leczenia złamań kości udowej", Chir. Polski, Nr. 7, 1937 r.

budowy szyny pionowej uda z szyny drucianej, wspartej na podstawce Brauna. Po wymierzeniu (w pozycji na wznak) na kończynie zdrowej, zgiętej w stawach pod kątem prostym, odległości: a) od końca palców do pięty, b) od pięty do dołu podkolanowego i c) od dołu podkolanowego do posłania, na którym chory leży, wyginamy odpowiednio szynę drucianą i umocowujemy ją drutami na podstawce Brauna po stronie prawej (patrząc od chorego) dla złamania kończyny lewej, a po stronie lewej dla złamania kończyny prawej, słowem tak, by zapewnić łatwość podstawiania basenu. Przeguby szyny wspieramy na słupkach wykonanych ze splecionego grubego, miękkiego drutu ogipsowanego papką i opaską gipsową (rys. 1). Odcinki a, b, c gotowej szyny wyścielamy watą i owijamy opaską, ponadto układamy pikowane poduszeczki z waty na przegub podkolanowy i pod ścięgno Achillesa. Po ułożeniu kończyny na szynie ustawiamy w jej osi ponad łóżkiem drewnianą szubienicę wyciągową (rys. 4) i zakładamy wyciąg.



Rys. 1. Budowa improwizowanej szyny pionowej uda z szyny drucianej wspartej na podstawce Brauna: a — długość stopy, b — długość podudzia, c — długość uda; 1, 4 — słupki ze splecionego drutu; 2, 3 — gotowe ogipsowane słupki.

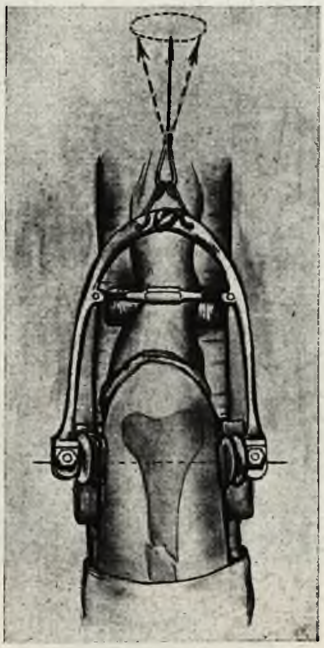
Główne etapy leczenia *złamań poprzecznych kości udowej* kształtują się następująco:

1) Ułożenie uda na szynie pionowej i założenie wyciągu bezpośredniego (drut przez kłykcie). Forsowne rozciąganie odłamów wyciągiem 10 — 12 kg przeciwdziała kurczowi mięśniowemu, znosi przemieszczenie na długość, poprawia ustawienie osiowe odłamków, a niekiedy powoduje ich zaskoczenie i zazębienie się. Na forsownym wyciągu trzymamy udo od 3-ch do 5-ciu dni, po czym przechodzimy do nastawienia odłamów w uśpieniu ogólnym (evipan lub chlorek etylu), pod ekranem, na łóżku [2]). Nastawienie to wykonujemy ręcznie, posiłkując się również założonym wyciągiem (pomocnik ściąga w dół lub unosi ciężarki wyciągowe). Dążymy do nastawienia anatomicznego, a jeśli to jest niewykonalne, to conajmniej do zazębienia odłamów jaknajwiększą powierzchnią styku. Po nastawieniu zmniejszamy obciążenie wyciągu do 3 — 5 kg, puszczamy kończynę i jeszcze raz kontrolujemy ustawienie rentgenologicznie.

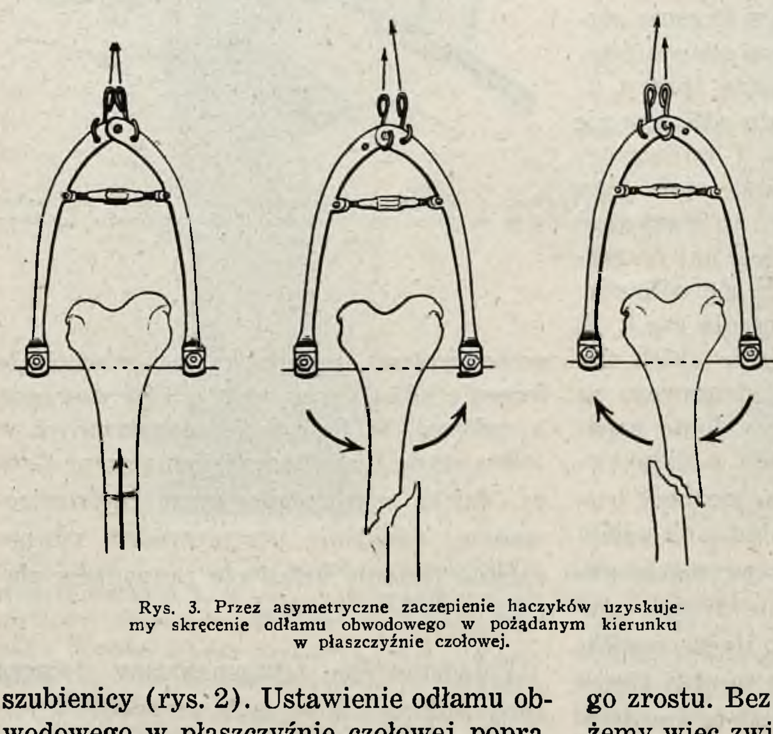
2) Zadaniem drugiego etapu leczenia jest utrzymanie stanu wklinowania do chwili wystąpienia miękkiego zrostu i utworzenia się blizn dookoła ogniska złamania, tj. uzyskanie takiego stanu, gdy odłamy nie mają już tendencji do zeskoczenia. W tym okresie walczymy zatem z mięśniami przede wszystkim o utrzymanie wklinowania (niewielkie skrzywienie osi kości udowej usuwamy w następnym etapie leczenia). Stosowany w tym okresie mały wyciąg (3—5 kg) nie przeciwdziała dostatecznie mięśniom, umożliwia co prawda wykrzywienie osi zestawionego uda, ale zwiększając wyciąg ryzykujemy natomiast ponowne rozklinowanie odłamów. Przeciwdziałamy więc wygięciom osi i przemieszczeniom odłamów innymi sposobami:

a) Przez przygipsowanie górnego odcinka uda z odłamem dośrodkowym do szyny i dowolną zmianę kierunku wyciągu przez przesuwanie bloczka wyciągowego i

[2]) Przenośny Coolinax i kryptoskop względnie zwykły ekran, przy zgaszonych światłach wieczorem.



Rys. 2. Udo przymocowane opaską gipsową do szyny pionowej. Kierunek wyciągu odłamu obwodowego zmieniamy dowolnie korygując skrzywienie.



Rys. 3. Przez asymetryczne zaczepienie haczyków uzyskujemy skręcenie odłamu obwodowego w pożądanym kierunku w płaszczyźnie czołowej.

szubienicy (rys. 2). Ustawienie odłamu obwodowego w płaszczyźnie czołowej poprawiać można także przez asymetryczne



Rys. 4. Chory przyp. 5. Typowe ułożenie kończyny na pionowej szynie improwizowanej. Wolny mankiet korekcyjny M. wykonany z opaski gipsowej rozpartej deseczką z podkładem miękkim na udzie obejmuje udo wraz z szyną drucianą. Mankiet daje się przesuwać na dowolne miejsce uda i pozwala zwalczyć skrzywienie uda w płaszczyźnie strzałkowej.

przytwierdzenie wyciągu do klamry, jak to wyjaśnia rys. 3.

b) Przez zastosowanie wolnych mankietów gipsowych, działających w płaszczyznach poziomych prostopadłych do osi uda, w połączeniu z wyciągiem 1 — 4 kg przez bloczek (rys. 4).

Gdy się pomyślnie przebrnęło przez ten najtrudniejszy okres leczenia (3 — 4 tygodnie) wymagający ciągłego czuwania i kontroli, miękki zrost chwyta odłamy i zabezpiecza przed rozklinowaniem.

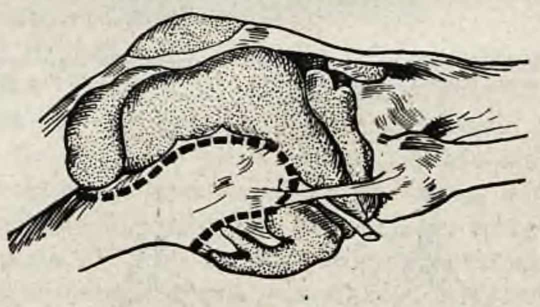
3) Teraz naszym zadaniem jest osiągnięcie jaknajlepszej osi uda, aż do uzyskania kostnego zrostu. Bez obawy o rozklinowanie możemy więc zwiększyć wyciąg do 5 — 7 kg, a w miarę potrzeby stosować mankiety

boczne korekcyjne lub zmiany kierunku wyciągu (j. w.). Od chwili konsolidacji złąmania doleczanie może być przeprowadzone już na zwykłej podstawce Brauna. Przeniesienie kończyny na niższą szynę jeszcze przed zdjęciem wyciągu bezpośredniego, jest korzystne ze względu na staw kolanowy, który po unieruchomieniu pod kątem prostym przez czas dłuższy niż 8 tygodni wykazuje ograniczenie prostowania. Doświadczenia nasze wykazują jednak, że nawet po dłuższym niż 8 tygodni trwaniu ustawienia stawu kolanowego pod kątem prostym nie dochodzi do zesztywnienia stawu, które nie dałoby się usunąć stopniowym prostowaniem w ciągu kilku dni. Upatrujemy natomiast w ustawieniu stawu kolanowego pod kątem prostym w toku leczenia złamań k. udowej czynnik, ułatwiający znacznie powrót ruchów stawu kolanowego (skutek większego rozciągnięcia m. czworogłowego uda).

Nieco odmiennie przebiega leczenie *złamań skośnych lub z rozkawałkowaniem*, których zaklinować nie można (przyp. 1. i 6.). Po ręcznym nastawieniu odłamów nie zmniejszamy tu obciążenia i w dalszym przebiegu leczenia dobieramy stale jego wielkość tak, by jedynie zrównoważyć działanie mięśni i nie dopuścić ani do rozciągnięcia, ani do zesunięcia się odłamów (pomiary długości uda, kontrola rtg.). B. ważnym momentem w leczeniu takich złamań jest założenie wyciągu drutowego za wszelką cenę bezpośrednio za dolną nasadę uda, nawet w złamaniach nadkłykciowych niskich. Zyskujemy tu możność bezpośredniego i pewnego działania na odłam obwodowy, jakiego nie daje wyciąg za guzowatość piszczela. Założenie drutów możliwe jest nawet b. niskie, o ile się respektuje stosunki topograficzne torebki stawu kolanowego i jej uchyłków, jak to przedstawia rys. 5. Linią kreskowaną oprowadzone tu jest pole, gdzie można wprowadzić drut.

Wyciąg drutowy założony prawidłowo znoszony jest b. dobrze i pozostając nawet przez 8 tygodni nie daje odczynu kości.

Powyżej opisane postępowanie dało nam dobre wyniki bez stosowania złożonych a drogich aparatów, jak szyny Eiselsberga lub Grucy. Szyna druciana daje o wiele lepszy dostęp do uda, co się odczuwa zwłaszcza przy wykonywaniu rękoczynów nastawiania oraz przy stosowaniu bocznych wyciągów. Bez trudu też może być udo szczelnie przygipsowane do szyny. Prostotę i taniość należy podkreślić jako ważną zaletę tej aparatury, gdyż, stosując improwizowaną szynę pionową uda w szpitalu o zwykłym wyposażeniu, możemy z pełnym



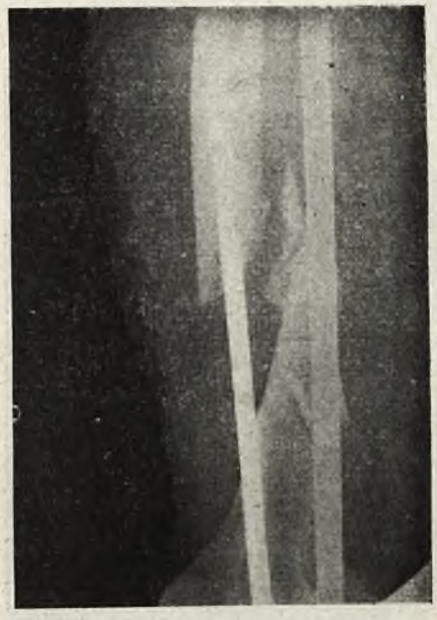
Rys. 5. Stosunki topograficzne torebki stawu kolanowego i jej uchyłków wg. Matti'ego. Linią kreskowaną oznaczone pole, gdzie można wprowadzić drut.

powodzeniem przeprowadzić równoległe leczenie kilku naraz przypadków złamania k. udowej. W Instytucie zaopatrzonym w jedną szynę Eiselsberga i jedną szynę Grucy, dzięki szynom pionowym improwizowanym, mogliśmy przeprowadzić równocześnie leczenie dziesięciu przpadków złamań trzonu k. udowej.

Przedstawione rentgenogramy dotyczą serii ostatnich kolejnych przypadków, leczonych na improwizowanej szynie pionowej.



Rys. 6.
Rzut
przednio-tylny
i boczny

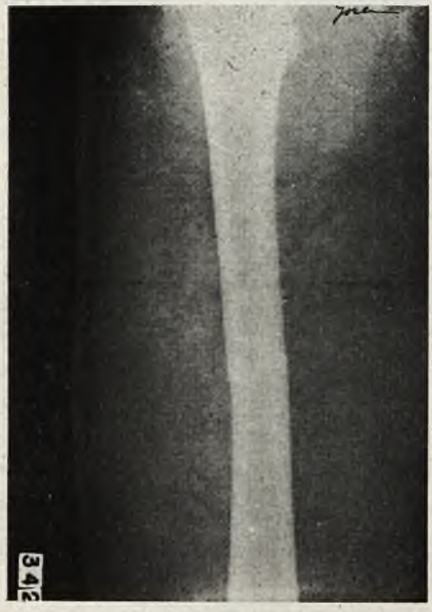




Rys. 7.
Rzut
przednio-tylny
i boczny



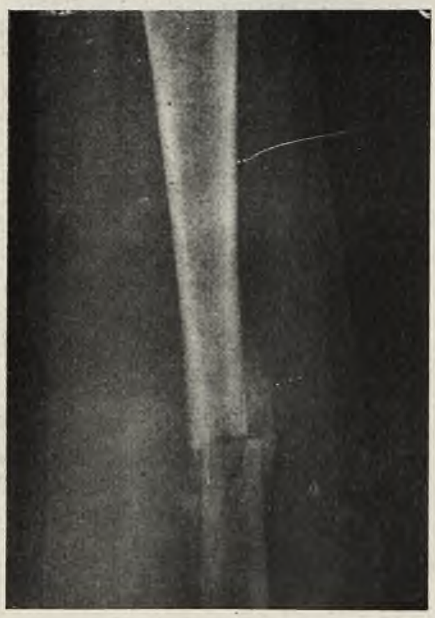
Przyp. 1. K. E. lat 28, wypadek motocyklowy; otwarte złamanie k. udowej z rozkawałkowaniem środkowej części uda prawego. Równoczesne złamanie typowe lewego promienia, rana tłuczona łokcia. Wstrząs. Zdjęcie wykonano po założeniu szyny Thomasa (rys. 6). Po pierwotnym wycięciu ułożono kończynę na szynie pionowej i założono wyciąg drutowy przez kłykcie udowe. Po kilku dniach nastawienie ręczne odłamów. Dalsze utrzymanie osi bez zmiany kierunku wyciągu i boczny mankiet dociskający odłam obwodowy (właściwe zaklinowanie niemożliwe z powodu rozkawałkowania). Po ośmiu tygodniach usunięto wyciąg, po 10 tyg. mocy zrost, jak na rys. 7.



Rys. 8a. Rzut przednio-tylny.



Rys. 8b. Rzut boczny.



Rys. 9a. Rzut przednio-tylny.



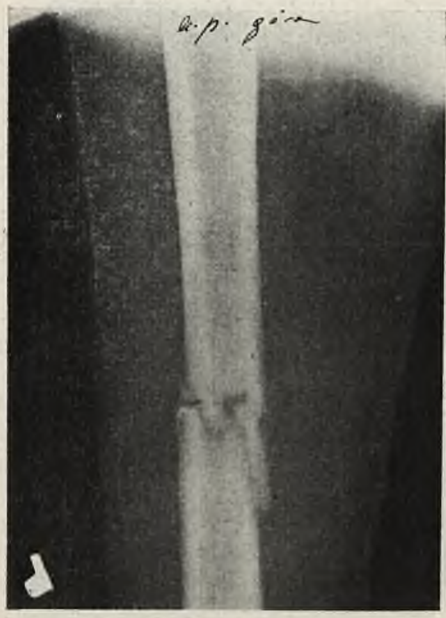
Rys. 9b. Rzut boczny.

Przyp. 2. *(Dr Hryniewieckiego).* R. W. lat 13. Spadł z roweru. Złamanie poprzeczne trzonu uda prawego (rys. 8). Kończynę ułożono na szynie pionowej uda i założono wyciąg drutowy, za kłykcie udowe. Obciążenie 9 kg. Po czterech dniach odłamy dostatecznie rozciągnięte. W uśpieniu evipanem odłamy ręcznie nastawiono i zaklinowano, zmniejszając wyciąg do 6 kg. W 2 — 3 tygodniu choroby tendencja do wykrzywienia osi uda na varus i ku przodowi — zwalczono skrzywienia przez boczne wyciągi mankietem. Po miesiącu zrost jak na rys. 9.

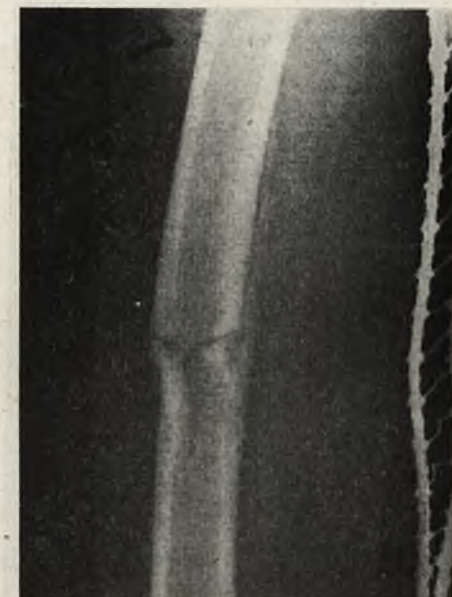


Rys. 10.
Rzut
przednio-tylny
i boczny





Rys. 11.
Rzut
przednio-tylny
i boczny



Przyp. 3. L. M. l. 31. Najechany przez samochód ciężarowy. Wielka rana szarpana płatowa głowy, rana okolicy kolana lewego. Złamanie poprzeczne trzonu lewej k. udowej (rys. 10). Pierwotne wycięcie rany głowy i kolana. Wyciąg bezpośredni drutem przez kłykcie udowe na szynie pionowej, obciążenie 10 kg. Po czterech dniach przemieszczenie na długość zniesione. W odurzeniu chlorkiem etylu nastawiono ręcznie odłamy pod ekranem i zaklinowano je przez zmniejszenie wyciągu do 4 kg. Po dwóch tygodniach wyginanie się odłamów pod kątem otwartym ku tyłowi. Zwalczono skrzywienie przez zmianę kierunku wyciągu i mankiet boczny korekcyjny z obciążeniem 2 kg. W piątym tyg. zwiększono wyciąg o 2 kg i po 8 tyg. wyciąg zdjęto. Zrost, jak na rys. 11.



Rys. 12.
Rzut
przednio-tylny
i boczny





Rys. 13.
Rzut
przednio-tylny
i boczny



Przyp. 4. S. F. lat 22. Wyskoczył z samochodu w biegu. Złamanie poprzeczne trzonu lewej k. udowej (rys. 12). Szyna pionowa uda. Wyciąg bezpośredni drutem przez kłykcie, obciążenie 10 kg. Po 4-ch dniach przesunięcie na długość zniesione, odłamy zahaczają o siebie. W 5-ym dniu w uśpieniu chlorkiem etylu ostateczne ręczne nastawienie z wynikiem anatomicznym, zmniejszenie obciążenia do 4 kg, przygipsowanie kończyny do szyny pionowej. Po dwóch tygodniach znaczne wygięcie odłamów z kątem rozwartym ku str. przyśrodkowej oraz częściowe ich rozklinowanie. Wyciąg zwiększono ponownie do 12 kg, odłamy rozciągnięto i nastawiono ręcznie z nieco już gorszym wynikiem, zmniejszając ponownie obciążenie. Tendencję do kątowego wygięcia odłamów zwalczono przez przytwierdzenie górnego odcinka uda do szyny i zmianę kierunku wyciągu. Po 8-miu tygodniach zrost skonsolidowany. Usunięto wyciąg drutowy i założono plastrowy. Ostateczny wynik po 11-tu tygodniach, jak na rys. 13.





Rys. 14.
Rzut
przednio-tylny
i boczny





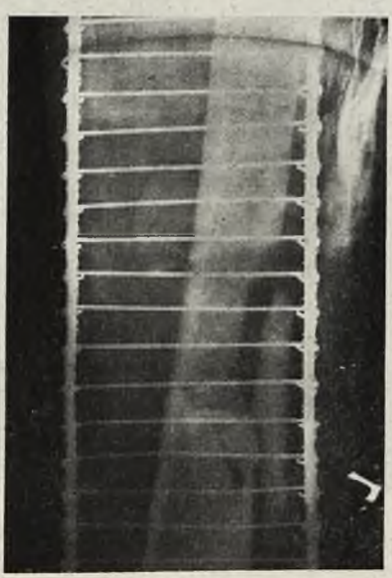
Rys. 15.
Rzut
przednio-tylny
i boczny

Przyp. 5. D. L. lat. 27. Upadek z rusztowania 4-go piętra. Rana tłuczona potylicy. Złamanie poprzeczne górnej ¼ trzonu lewej k. udowej z dużym krwiakiem (rys. 14). Szyna pionowa uda, wyciąg bezpośredni przez kłykcie drutem. Obciążenie 12 kg. Po 3-ch dniach odłamy dostatecznie rozciągnięte. W uśpieniu chlorkiem etylu nastawienie ręczne pod ekranem i zaklinowanie przez zmniejszenie obciążenia do 5-ciu kg. Po tygodniu zaznacza się kątowe wygięcie odłamów ku przodowi i stronie bocznej. Mankiet korekcyjny z obciążeniem 3 kg wyrównuje to przemieszczenie (p. rys. 4.). Z końcem 4-go tygodnia zaznacza się miękki zrost. W 6-tym tygodniu stwierdza się konsolidację. Kończynę przeniesiono na podstawkę Brauna z zastosowaniem pelot dla zwalczenia wygięcia ku przodowi i stronie bocznej. Z końcem 8-go tygodnia zdjęto wyciąg drutowy, zrost, jak na rys. 15.



Rys. 16.
Rzut
przednio-tylny
i boczny





Rys. 17.
Rzut
przednio-tylny
i boczny



Przypadek 6. B. S. l. 28. Potrącony przez samochód. Złamanie nadkłykciowe uda lewego z rozkawałkowaniem (rys. 16). Szyna pionowa uda improwizowana. Wyciąg drutem przez kłykcie z obciążeniem 12 kg. Po 3 dniach rozciągnięcie odłamów dostateczne. W uśpieniu chlorkiem etylu dopasowano ręcznie pod ekranem odłamy. Zmniejszono wyciąg do 6 kg, wklinowanie niemożliwe ze względu na rozkawałkowanie. Udo przygipsowano do szyny, dociskając odłam obwodowy mankietem korekcyjnym z obciążeniem 3 kg. Z końcem 4-go tygodnia leczenia ustawienie utrzymuje się bez zmian, jak na rys. 17.

Szyna do leczenia złamań obojczyka

podał

Doc. Dr Adam Gruca (Lwów).

W najczęstszym typie złamań obojczyka na granicy środkowej i zewnętrznej ⅓ odłamek obwodowy przemieszcza się pod wpływem ciężaru kończyny i działania mięśni tułowiowo-łopatkowych i tułowiowo-barkowych ku dołowi, przodowi i ku wewnątrz. Odcinek dośrodkowy pociągany przez mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy unosi się ku górze i ku tyłowi. Oba odłamy tworzą między sobą kąt otwarty ku przodowi i ku dołowi i zachodzą na siebie przy złamaniach zupełnych na przestrzeni 1 — 2 cm. Skrócenie mierzone od szpar obu stawów obojczyka wynosi 1 — 4 cm. Nastawienie złamania wymaga uniesienia ramienia ku górze, ku tyłowi i nieco na zewnątrz celem wyrównania skrócenia przy ewentualnym równoczesnym nacisku na odłamek dośrodkowy ku dołowi.

Idealne nastawienie złamania uzyskuje się na opisanej przeze mnie w roku 1935 szynie abdukcyjnej przez ułożenie ramienia w odwiedzeniu do kąta ok. 90 stopni, z wysunięciem nieco poza płaszczyznę czołową ku tyłowi (Pol. Przegląd Chir. t. XIV z. 6 1935 r. ryc. 3). Jedyną wadą tego przyrządu jest żenująca w życiu codziennym poza domem pozycja kończyny. Szyna ta poza tym, jako uniwersalna, jest z konieczności droższa, a przy wielostronności zastosowania jest zazwyczaj rzadko wolna.

Niedogodności te były przyczyną opracowania przyrządu prostego i taniego, umożliwiającego leczenie złamań obojczyka przy zachowaniu używalności kończyny w życiu codziennym w sposób nie zwracający uwagi otoczenia.

Szyna składa się z podpaszki metalowej, o wygięciach odpowiadających zarysom dołu pachowego i dołu Mohrenheima, osadzonej ruchomo, za pomocą rozstawnego wspornika na pasie z miękkiej walcówki i płótna (ryc. 1). Do tylnego końca poziomego ramienia podpaszki jest przymocowany miękki rzemień, do pionowego przedniego — sprzączka. Szyna ta utrzymuje pachę w pozycji nastawienia złamania tj. w uniesieniu ku górze, nieco na zewnątrz i tyłowi, zostawiając choremu zupełną swobodę w używaniu ramienia oraz znaczną swobodę ruchów tułowia. Komplet stanowi prawa i lewa szyna.



Rys. 1.

Sposób zakładania szyny jest następujący: pas biodrowy opiera się na grzebieniu kości biodrowej w ten sposób, by zawias wspornika znalazł się powyżej kolca biodrowego przedniego górnego, dogina dokładnie do zarysu pleców i brzucha i zapina. Przy odwiedzeniu ramienia i uniesieniu go ku górze i tyłowi, podsuwa się pod pachę podpaszkę wyścieloną np. ręcznikiem kąpielowym i ustala ją przy tuło-

wiu i w dole pachowym pod szyjką łopatki za pomocą zacisku na wsporniku oraz rzemienia ujmującego ósemkowato zdrowe ramię. W tym położeniu wspornik podpaszki jest ustawiony skośnie ku górze i tyłowi i ciężar ramienia wykonuje wyciąg w osi obojczyka, jak w sposobie *Bardenheuera* z tą różnicą, że mięsień szeroki grzbietu i piersiowy wielki nie są tak silnie napięte, jak w sposobie *Bardenheuera* przez co usuwa się główną przyczynę przemieszczeń następowych. Założona w ten



Rys. 2.

sposób szyna nie sprawia tak długo dolegliwości, dopóki przylega ściśle do pachy. By uniemożliwić jej odsuwanie się od pachy, przywiązuje się ją do tułowia pasem płóciennym (opaską), założonym okrężnie poniżej sutków (rys. 2). Pas ten nie przeszkadza ślizganiu się wspornika po klatce piersiowej w płaszczyźnie strzałkowej, uniemożliwia natomiast ruchy w płaszczyźnie czołowej. Obsuwaniu się pasa ku dołowi zapobiega zacisk umieszczony ruchomo na wsporniku.

Przy założonej w ten sposób szynie ramię pozostaje wolne. Chory może poruszać nim swobodnie, pisać itp. Przy posługiwaniu się kończyną i częstej zmianie jej położenia nacisk w pasie nie stwarza poważniejszych dolegliwości. Przy dłuższym natomiast swobodnym zwisaniu kończyny może być wskazane zawieszenie jej na temblaku wzgl. na ręczniku, wyścielającym podpaszkę (ryc. 3). Zapobieganie wysuwania się ósemki rzemienia na kark, jak w sposobach, w których ściągająca barki ku tyłowi stella dorsi jest istotną składową sposobu — przy opisanym przyrządzie



Rys. 3.

nie jest potrzebne, ponieważ oba końce rzemienia są po stronie chorej przymocowane do podpaszki, a poza tym celem aparatu jest wysuwanie barku ku górze i ku tyłowi, a nie ku tyłowi i dołowi, jak w grupie sposobów, opierających się na opatrunku w typie stella dorsi.

We wszystkich przypadkach, leczonych dotychczas za pomocą opisanego przyrządu, uzyskaliśmy wyleczenie anatomicznie i kosmetycznie bez zarzutu. Przyrząd posiada na składzie f-ma „Wumel”, Lwów, ul. Łyczakowska 27 i f-ma Georgeon ul. Ruska 1 we Lwowie.

ZJAZDY

46. Zjazd Chirurgów Francuskich

Paryż 4 — 9 października 1937 r.

Zjazdy chirurgów francuskich odbywają się w myśl regulaminu Towarzystwa chirurgów francuskich corocznie, zawsze w Paryżu, w październiku, przed rozpoczęciem roku szkolnego.

Posiedzenia odbywają się tylko w godzinach popołudniowych (od 14-tej aż do wyczerpania programu), co daje możność uczestnikom z poza Paryża zwiedzania w godzinach porannych szpitali, urządzeń oraz oglądania pokazowych operacyj. Posiedzenia odbywają się na prawach publicznych, tj. wstęp mają wszyscy.

Zjazdy odbywają się w gmachu Wydziału lekarskiego uniwersytetu: obrady odbywają się w wielkiej sali wykładowej (amfiteatrze), a w obszernych korytarzach oraz w przyległych salach wykładowych jest urządzona doroczna wystawa narzędzi chirurgicznych, aparatów, urządzeń sal operacyjnych, itp., jednym słowem całkowity przegląd wytwórczości przemysłu farmaceutycznego i lekarskiego.

Przewodniczącym 46-go Zjazdu był prof. *Grégoire* z Paryża. Zjazd otworzył członek Akademii francuskiej *Duhamel*, po czym przewodniczący wygłosił przemówienie wstępne, dając ogólną syntezę rozwoju chirurgii. Przechodząc do spraw aktualnych, poruszył ogólnie zadania, które czekają medycynę, a w szczególności chirurgię francuską, wobec dokonywujących się przemian struktury społecznej. Sprawozdanie z prac T-wa zdał sekretarz generalny, prof. *Mondor*.

Nastąpiły obrady: I referat programowy: „Fizjologia patologiczna i leczenie świeżych rozległych oparzeń skóry” wygłosili prof. *Duval* z Paryża (fizjologia) i *Mourgue-Molines* z Montpellier (leczenie).

P. Duval: Fizjologia patologiczna świeżych rozległych oparzeń skóry.

Referat *Duvala* to studium patologii początkowego okresu rozległych oparzeń skóry. Zaburzenia, jakie powstają po oparzeniu skóry mają charakter ogólny („choroba z oparzenia”). Że początkowe burzliwe objawy ogólne nie są następstwem zakażenia, mamy na to dowód doświadczalny: oparzenia podskórne mięśni, wywołane doświadczalnie w warunkach aseptycznych, dają taki sam odczyn chorobowy, jak oparzenia zewnętrzne. Pierwszy okres po oparzeniu, który trwa 2-4 dni, jest okresem wyłącznie zatrucia; później dopiero może się dołączyć zakażenie, które posiada naogół znacznie mniejszą rolę dla rozwoju sprawy chorobowej, niż pierwotne zatrucie.

Studium *Duvala* zostało oparte z jednej strony na spostrzeżeniach klinicznych, z drugiej na doświadczeniach na zwierzętach. Zdaniem autora, doświadczenia na zwierzętach są wybitnie miarodajne w studium oparzeń, ponieważ tak w oparzeniach u ludzi, jako też w doświadczalnych oparzeniach u zwierząt, mamy do czynienia z istotami, które przed oparzeniem posiadały pełnię równowagi biologicznej ustroju.

Referent omówił kolejno: 1. umieralność, 2. zespół objawów chorobowych w ciężkich oparzeniach, 3. zmiany anatomiczne miejscowe i narządów odległych, 4. odczyny biologiczne (krew, mocz).

Umieralność. W oparzeniach, zajmujących od 25 — 30% powierzchni ciała, umieralność wynosi 40%, w oparzeniach, zajmujących 40% powierzchni ciała i więcej, równa się 100%. Różnice dotyczą w pierwszym rzędzie okolicy ciała, która uległa oparzeniu; wiadomo, że oparzenia twarzy, głowy, szyi, górnej części klatki piersiowej są stosunkowo łagodne, podczas gdy oparzenia brzucha i pleców przebiegają bardzo ciężko (sąsiedztwo rdzenia, wątroby, jelit).

Do obliczenia powierzchni ciała służy tablica *Berkowa:* powierzchnia głowy i szyi stanowi 6% całkowitej powierzchni ciała; powierzchnia tułowia — 38% (przednia powierzchnia 20%, tylna — 18%); kończyny górne 18% (w tym ¼ ręce); kończyny dolne 38% ($^3/_6$ uda, $^2/_6$ podudzia, $^1/_6$ nogi).

Według *Wilsona* 60% przypadków śmierci przypada na pierwsze 6 — 24 godz. po oparzeniu.

Obraz kliniczny początkowego okresu zatrucia. Początkowo spostrzegamy krótki okres podniecenia, po którym następuje prostracja, a w przypadkach straconych — śpiączka i śmierć; ciśnienie tętnicze, które spada bezpośrednio po oparzeniu, podnosi się dopiero w dniach następnych; tętno ulega zawsze znacznemu przyspieszeniu, arytmii nie spostrzegamy. Spotykamy niekiedy oligurię,

lecz nie jest to regułą, widujemy bowiem bardzo często diurezę normalną. Ciepłota w ciągu pierwszych 24 godz. jest prawidłowa lub obniżona; w ciągu następnych dni może pozostać zupełnie prawidłowa aż do śmierci, lub powstaje gwałtowna hipertermia: 40,5° — 41°. Przyczyną wzniesień gorączkowych nie jest zakażenie wtórne, hipertermia powstaje na skutek działania jadów na ośrodki nerwowe („ustrój stracił zdolność regulacji termicznej"). Zespół objawów chorobowych w pierwszym okresie, bezpośrednio po oparzeniu, przypomina do złudzenia stan wstrząsu urazowego u rannych na wojnie, lub „chorobę pooperacyjną" w jej najcięższej postaci.

Co się tyczy *zmian anatomicznych w obrębie oparzonej skóry*, spotykamy zależnie od stopnia oparzenia różny stopień dewitalizacji warstw oparzonych, a w tkankach okolicznych obrzęk i zakrzepy. W obrębie naczyń włosowatych skóry widzimy znaczną liczbę leukocytów wielojądrzastych i eozynofilów oraz znaczną diapedezę. Pęcherze zawierają ogromną ilość płynu surowicznego; człowiek oparzony traci znaczne ilości płynu tkankowego przez pęcherze i przez powierzchnię oparzenia. Wskutek tego wysiękania oparzony może stracić w ciągu pierwszych 6 — 12 godz. 70% całej masy krwi, tj. więcej niż 5 litrów osocza. Dopiero znaczny spadek chlorków krwi, powodujący jednocześnie spadek ciśnienia osmotycznego płynu tkankowego, zmniejsza wysiękanie. W świetle tych poglądów parowanie płynów tkankowych z obnażonych powierzchni oparzenia odgrywa rolę podrzędną w odwodnieniu ustroju. Najważniejszą sprawą jest to, że podobne wysiękowe zmiany znajdujemy nie tylko w tkankach oparzonych, lecz również i w tkankach odległych. Płyny te, tak w obrębie pęcherzy, jak również w obrębie skóry oparzonej, a nawet w obrębie skóry zdrowej u oparzonych, zawierają zwiększone ilości chlorków, a zatem krew zostaje w znacznym stopniu pozbawiona chlorków. U niektórych zwierząt, jak pies i królik, u których oparzenie nie wywołuje powstawania pęcherzy, gromadzenie się płynu wysiękowego odbywa się głównie w okolicy oparzenia. Płyn zawarty w pęcherzach jest toksyczny, toksyczna jest również oparzona skóra. Natychmiastowe wycięcie pierwotne skóry, oparzonej doświadczalnie u psa, daje w doświadczeniach w ciągu 12 godz. normalny stan zwierzęcia, natomiast wszczepienie wyciętych tkanek oparzonych psom zdrowym daje w doświadczeniach śmierć po upływie kilku dni.

Zmiany w narządach. Sekcje oparzonych wykazują zmiany narządów: wątroby, nerek, nadnerczy, trzustki, śledziony, płuc, narządu nerwowego. Zmiany polegają na przekrwieniu, zawałach krwawych, podobnie jak w ciężkich doświadczalnych zatruciach, wywołanych u zwierząt za pomocą dożylnego wstrzyknięcia polipeptydów. Swoistą, często spotykaną zmianą w obrębie żołądka, jest owrzodzenie, które widywano nietylko po kilku lub kilkunastu dniach od daty oparzenia, lecz nawet po upływie kilkunastu, a nawet, jak w przypadku *Curlinga*, 7½ godz. od oparzenia. Owrzodzenia takie wywoływano doświadczalnie u zwierząt także za pomocą dożylnych wstrzykiwań wyciągów wodnych oparzonych tkanek.

Odczyny biologiczne. Krew ulega zagęszczeniu, ilość cz. c. krwi wzrasta do 7 — 9 a nawet 16 milionów, wskaźnik hemoglobiny wzrasta; stan ten jest charakterystyczny tylko dla pierwszego okresu po oparzeniu. Krzepliwość krwi wzrasta, spotykano przejściowo hemoglobinurię, zazwyczaj nieznaczną. Stałym objawem jest hiperleukocytoza znacznego stopnia, która ustępuje w ciągu kilku dni.

Azotemia jest zjawiskiem stałym w pierwszych dniach po oparzeniu. Szkoła amerykańska wykazała, że nadnercza wytwarzają hormon — kortynę, która posiada własności zobojętniania jadów białkowych. Zatrzymanie wytwarzania kortyny wskutek zmian, jakie powstają w nadnerczach po oparzeniu, prowadzi do azotemii. Stosowanie kortyny w znacznym stopniu polepsza stan oparzonych.

Polipeptydy. Ilość polipeptydów we krwi wzrasta, wzrasta również ilość kwasu moczowego, natomiast zasób chlorków we krwi spada znacznie. Fakt, że spadkowi chlorków we krwi nie towarzyszy wzmożone wydalanie chlorków z moczem, tłumaczy się zatrzymaniem chlorków w płynie wysiękowym i tkankach oparzonych. Należy więc uważać zatrzymanie chlorków w tkankach, jako czynność obronną organizmu, który dąży do zobojętniania jadów, powstających w miejscu oparzenia.

Węglowodany. Regułą jest hiperglikemia, która jest następstwem zmian nadnercza, wątroby i trzustki.

Kwasica. Kwasica występuje proporcjonalnie do ciężkości oparzenia. *Adrenalinemia* w pierwszych godzinach jest stałym objawem przejściowej nadczynności nadnerczy, po czym następuje okres zmniejszenia się adrenaliny we krwi wskutek uszkodzenia nadnerczy. Toksyczność krwi wzrasta.

Mocz. Oliguria nie jest regułą; wielu chorych z ciężkimi oparzeniami wydziela 1 — 1½ litra moczu na dobę, a ilość moczu zwiększa się jeszcze po iniekcjach rozczynów fizjologicznych. Zawartość chlorków w moczu nie ulega większym zmianom, raczej następuje zmniejszenie chlorków. Ilość mocznika wzrasta, hemoglobinuria jest zjawiskiem częstym. Ilość polipeptydów i kwasów aminowych wzrasta. Toksyczność moczu oparzonych wzrasta wskutek obecności ciał białkowych o charakterze guanidyny.

Obraz kliniczny. Objawy narastają szybko, niekiedy błyskawicznie, szczególnie zagęszczenie krwi. Wstrząs występuje wkrótce po oparzeniu, jako wyraz nagłego wchłaniania się dużej ilości produktów toksycznych powstających z rozpadu tkanek oparzonych. Stan ten ulega polepszeniu dopiero po kilkunastu godzinach. Organizm jest całkowicie zaskoczony i dopiero po upływie pierwszej doby mobilizuje stopniowo wszelkie środki obronne, uzyskując po kilku dniach równowagę, albo przegrywa w tej walce i ginie w ciągu pierwszych dni. A zatem oparzenie na większej przestrzeni, aczkolwiek jest pozornie sprawą miejscową, staje się bardzo szybko chorobą ogólną, dającą wysoki procent śmiertelności. Jeżeli chodzi o wytłumaczenie szybkiej śmierci po oparzeniu, jedynie ostre zatrucie jest w stanie wytłumaczyć przyczynę śmierci. Wszelkie inne teorie zawierają oczywiście część prawdy, ale są raczej tłumaczeniem zmian wtórnych: obniżenia zdolności wydzielniczej skóry, utraty ciepła, spadku ciśnienia, zaburzeń czynności nadnerczy itp. Żadna z tych teoryj nie tłumaczy przyczyny śmierci tak, jak teoria ciężkiego ostrego zatrucia.

Zatrucie ogólne organizmu w rozległych oparzeniach skóry. Wskutek zadziałania czynnika, powodującego oparzenie, powstają z rozpadu białka miejscowo jady, które dostają się szybko do krążenia ogólnego drogą pozajelitową. Jadów tych nie spotykamy tylko wówczas, jeżeli tkanka ulega całkowicie zwęgleniu, to też zwęglenie kończyny nie daje tego zatrucia, co oparzenie. Jady działają szybko na tkanki odległe, choroba uogólnia się więc szybko. Krew staje się toksyczna. Ogólne zatrucie następuje w ciągu kilku godzin, niekiedy szybciej — błyskawicznie; w ciągu drugiego — trzeciego dnia zatrucie osiąga swój szczyt. Praktycznie biorąc, zatrucie kończy się pomiędzy 4 — 6 dniem choroby albo śmiercią, albo ewolucją w kierunku zdrowienia: we krwi powstają fermenty i przeciwciała. Jednak ani wątroba, ani nerki, które zwykły pracować w tempie zwolnionym, nie odgrywają głównej roli w zwalczaniu zatrucia. Ustrój broni się przede wszystkim w ten sposób, że wiąże w miejscu oparzenia toksyny za pomocą chlorków krwi. Tutaj organizm deponuje swoje zasoby chlorków, a chlorek sodu wprowadzony drogą iniekcji do organizmu nie przechodzi ani do krwi, ani nie zostaje wydalony z moczem, lecz zostaje szybko zdeponowany w tkankach. W ten sposób organizm broni się nie tylko w miejscu oparzenia, lecz również w miejscach odległych, zaatakowanych przez jady, ponieważ chlorki zostają przyciągnięte także przez tkanki, które nie uległy oparzeniu. Poza tym ustrój broni się natychmiast wzmożoną produkcją adrenaliny, która podnosi ciśnienie krwi, jednakowoż nadnercza ulegają szybko wyczerpaniu. Właściwa substancja toksyczna nie została dotychczas wyosobniona, wiemy w każdym razie, że należy ona do grupy polipeptydów. Jeżeli chodzi o nagły wstrząs oraz przypadki szybkiej śmierci po oparzeniach u niektórych ludzi, możemy przypuszczać z dużym prawdopodobieństwem, że mamy do czynienia ze wstrząsem anafilaktycznym wskutek uczulenia przez poprzednie niewielkie oparzenia: z doświadczeń na zwierzętach wiemy, że do wywołania charakterystycznych anafilaktycznych objawów za pomocą iniekcji polipeptydów niezbędne jest uprzednie uczulenie zwierzęcia tymi samymi polipeptydami. Możemy więc przypuścić, że w przypadkach szybkiego zejścia mamy do czynienia ze wstrząsem anafilaktycznym wskutek uprzedniego uczulenia przez doznane przed tym nieznaczne oparzenia.

Wnioski.

Oparzenie nie jest chorobą miejscową, lecz ogólną. Jest to ostre zatrucie, które daje wysoką śmiertelność w ciągu pierwszego okresu po wypadku. Prócz choroby z oparzenia znamy jeszcze trzy analogiczne stany chorobowe: 1) wstrząs urazowy, który jest skutkiem destrukcji tkanki własnej, 2) chorobę pooperacyjną oraz 3) stany po naświetlaniu rentgenem i radem, wywołane przez destrukcję tkanki nowotworowej. Wspólną cechą tych czterech stanów jest zatrucie autogeniczne, które występuje wskutek przedostania się do krążenia ciał trujących, pochodzących z własnej tkanki. Studium fizjopatologii tych stanów chorobowych wykazuje znaczne podobieństwo.

Jeżeli spojrzymy z punktu widzenia fizjologii

na sprawę stałego obumierania i odnowy komórek tkanek ludzkich, widzimy w zasadzie to samo zjawisko: w ustroju zdrowym powstają stale ciała trujące (azotemia, polipeptydemia itd.); jednak organizm utrzymuje równowagę, ponieważ stale i automatycznie działa mechanizm obronny. Jeżeli jednak wskutek nagłej destrukcji powstaje brutalne przeładowanie organizmu jadami, następuje odczyn w postaci choroby ogólnej.

Mourgue-Molines: Obecny stan leczenia rozległych oparzeń skóry.

Drugą część programowego tematu o oparzeniach, mianowicie leczenie oparzeń zreferował obszernie *Mourgue-Molines* z Montpellier.

Referent zastrzega się, że mówi wyłącznie o leczeniu rozległych *świeżych* oparzeń skóry, wywołanych przez czynnik termiczny, tj. o oparzeniach, które zajmują conajmniej czwartą część ciała, gdzie życie chorych wisi na włosku w ciągu pierwszych 4 dni po wypadku. Oczywiście, czynniki takie, jak stopień oparzenia, warunki wessania produktów toksycznych, zasób sił obronnych, który zmienia się z wiekiem itp. wpływają również na przebieg choroby. Tak więc oparzenia piątej lub szóstej części powierzchni ciała mogą być już bardzo niebezpieczne u małych dzieci. W referacie swym autor nie zajmuje się leczeniem późnych okresów oparzenia, nie omawia zatem walki z zakażeniem, leczenia oparzonej powierzchni ciała pokrytej ziarniną itp.

Wiemy dzisiaj, że leczenie oparzenia jest nie tylko leczeniem miejscowym, lecz w pierwszym rzędzie leczeniem toksemii, której towarzyszy zespół objawów chorobowych, trzeba więc w leczeniu oparzeń pamiętać w pierwszym rzędzie o leczeniu ogólnym. Jeżeli natomiast chodzi o leczenie miejscowe, winno ono zmierzać do stosowania takich środków, które uniemożliwiają produkcję jadów w miejscu oparzonym. Referent omawia najpierw leczenie ogólne, następnie leczenie miejscowe.

Leczenie ogólne doraźne. Najlepszym środkiem doraźnego złagodzenia bólów jest iniekcja morfiny w połączeniu ze środkiem pobudzającym. Musimy pamiętać oczywiście, że stosowanie morfiny u dzieci jest niebezpieczne. Niektórzy polecają w przypadkach oparzeń u dzieci narkozę chloroformową.

Drugi punkt w doraźnym leczeniu oparzeń to ogrzanie chorego. Nie należy więc rozbierać chorego niepotrzebnie; do transportu należy okryć ciepło chorego i w tym stanie dostarczyć do szpitala. Zdejmowanie ubrania w celu nakładania opatrunków jest raczej szkodliwe. Po przybyciu do szpitala należy odrazu umieścić chorego w ciepłej ogrzanej sali; w szpitalach amerykańskich istnieją specjalne ciepłe pokoje dla chorych w stanie wstrząsu. W zwykłym pokoju należy umieścić chorego pod budką elektryczną.

W dalszym ciągu pomoc doraźna powinna zmierzać do podniesienia ciśnienia tętniczego, podobnie jak w przypadkach wstrząsu. Natychmiastowego podawania adrenaliny unikamy, wykazano bowiem doświadczalnie, że hiperglikemia powstaje natychmiast po oparzeniu, jeszcze w okresie wstrząsu, wskutek nadczynności nadnerczy. Z tego względu lepiej nie podawać adrenaliny w ciągu pierwszych godzin po oparzeniu. Podawanie adrenaliny jest wskazane nieco później, po wyczerpaniu się nadnerczy. Doskonałym środkiem, który podnosi ciśnienie, jest efedryna; oczywiście należy natychmiast rozpocząć wstrzykiwanie roczczynu fizjologicznego soli kuchennej, aczkolwiek działanie soli fizjologicznej ma znaczenie decydujące dla przebiegu dopiero w późniejszym okresie, gdy obraz zatrucia jest w pełni.

Zwalczanie toksemii. Zagęszczenie krwi i utratę płynu tkankowego należy zwalczać iniekcjami roczczynu fizjologicznego soli; ponieważ podawanie wielkich ilości soli drogą podskórną jest niedogodne, szczególnie u oparzonych, należy podawać sól fizjologiczną drogą dożylną, metodą kropelkową. W przypadkach, gdzie chory znosi dobrze bez wymiotów napoje, neleży podawać doustnie po kilka litrów płynów na dobę, najlepiej herbaty z dodatkiem dwuwęglanu sodowego celem zwalczania kwasicy. Można również stosować kroplówkę doodbytniczą. Wobec spadku działalności serca unikamy szybkiego podawania dużej ilości soli fizjologicznej drogą dożylną.

Spadek chlorków we krwi, hiperpolipeptydemię, azotemię i kwasicę zwalczamy wstrzykiwaniami dożylnymi hipertonicznego roczczynu soli kuchennej, którą należy wstrzykiwać 4 — 5 razy dziennie po 20 cm³. W przypadkach, gdzie zależy nam na oszczędzaniu nerek, wstrzykujemy naprzemian roczczyn soli i cukru gronowego. Kwasicę zwalczamy podawaniem napojów alkalicznych, a w przypadkach z silnie wyrażoną kwasica uciekamy się nawet do wstrzykiwań roczczynu fizjologicznego dwuwęglanu sodu.

Przetaczanie krwi. Najdzielniejszym środkiem

zwalczania wstrząsu toksycznego u oparzonych oraz najlepszym podstawowym środkiem leczniczym jest, jak wiadomo, przetaczanie krwi. W jaki sposób działa transfuzja w oparzeniach? Dostarcza nietylko świeżego płynu tkankowego, zawierającego fermenty, lecz również świeżych czerwonych ciałek krwi i w ten sposób łączy bezpośrednie działanie toniczne z działaniem antytoksycznym oraz wzmaga zasób sił chorego. Doświadczenia kliniczne stwierdzają, że w szeregu ciężkich oparzeń jesteśmy w stanie wyleczyć chorych tylko wtedy, gdy prócz podstawowego leczenia stosujemy także transfuzję. Nie przetaczamy większych ilości krwi naraz. Lepiej przetaczać krew kilkakrotnie w krótkich odstępach po 200 — 300 cm^3. Sprawa stosowania w oparzeniach surowicy odpornościowej, pobranej od ludzi, którzy przeszli oparzenie, nie znalazła jeszcze praktycznego rozwiązania.

Leczenie kortyną. Wilson wprowadził do arsenału środków przeciwko oparzeniom kortynę — wyciąg z kory nadnercza. Ostatnie doświadczenia potwierdzają nadzwyczajną wartość tego środka w zwalczaniu zatrucia po oparzeniu. W insulinie mamy środek zwalczania hiperpolipeptydemii. Należy podawać duże dawki insuliny (60 — 80 j. dziennie), łącząc podawanie insuliny ze wstrzykiwaniem hipertonicznego rozczynu cukru gronowego (150 — 200 cm^3 30% glukozy).

Należy wreszcie pamiętać o zapobiegawczym stosowaniu surowic ochronnych: każdemu oparzonemu wstrzykujemy z reguły surowicę przeciwtężcową. W przypadkach zakażenia rany paciorkowcem stosujemy surowicę przeciwpaciorkowcową.

Leczenie miejscowe oparzeń. Dawniej podstawą leczenia miejscowego były maści: linimentum oleo-calcareum albo maści antyseptyczne z wazeliną lub parafiną, jako vehiculum. Zaletą maści jest właściwość kojenia bólu i działanie osłaniające: opatrunki z maści nie przylegają do powierzchni i zmiana jest stosunkowo niebolesna. Ale za to opatrunek z maści w świetle dzisiejszych poglądów nie tylko nie zapobiega wysiękaniu osocza, a więc nie przeciwdziała zagęszczeniu krwi, lecz tamuje jeszcze odpływ toksycznych ciał i przez to wzmaga ich resorbcję. Prócz tego wzrastają szanse zakażenia wtórnego, ponieważ nieprzepuszczalny opatrunek z maści maceruje ranę, przyczyniając się w dodatku do niszczenia komórek rozrodczych skóry. Poza tym doraźne stosowanie maści utrudnia znaczne oczyszczenie rany i racjonalne leczenie za pomocą środków koagulujących.

Z wymienionych względów należy uznać *stosowanie maści na świeże rozległe oparzenia za przeciwwskazane i szkodliwe.* Maść może mieć zastosowanie jedynie w przypadkach drobnych oparzeń oraz w późniejszym — reparacyjnym okresie po ustąpieniu objawów zatrucia.

Zapobieganie zakażeniu. Zakażeniu zapobiegamy, podobnie jak w ranach, drogą zabiegu chirurgicznego — oczyszczenia rany. W oparzeniach postępowanie winno być ostrożne, żeby nie pogorszyć wstrząsu: należy oczyścić teren (benzyna, eter) oraz zdjąć pęcherze i płaty naskórka. Nie jesteśmy w stanie usunąć chirurgicznie całej zmienionej przez czynnik termiczny warstwy skóry; oczyszczenie skóry zapobiega zakażeniu, ale nie zapobiega intoksykacji.

Detoksykacja ustroju. W łóżku wodnym Hebry oparzenie ulega oczyszczeniu, a produkty toksyczne przechodzą częściowo do wody. Stała kąpiel wywołuje jednak znaczne obniżenie ciśnienia. Aczkolwiek w łóżku wodnym bóle znikają całkowicie, kąpiel stała nie ma działania antytoksycznego. Dla rozległych ciężkich oparzeń w przypadkach straconych jest to raczej sposób eutanazji. Zresztą łóżko Hebry jest rzadko stosowane nawet w Wiedniu.

Detoksykację uzyskujemy jedynie za pomocą stosowania na powierzchnię oparzenia środków, które wywołują koagulację oparzonych tkanek. Oddawna czyniono już próby z azotanem srebrowym, kwasem pikrynowym i alkoholem, jednak dopiero wprowadzenie do leczenia oparzeń taniny przez *Davidsona* z Detroit zrewolucjonizowało miejscowe leczenie oparzeń.

Działanie taniny jest następujące:

1) Strup koagulacyjny chroni zakończenia nerwowe, znosząc bolesność; strup ten jest jednocześnie idealnym opatrunkiem.

2) Tanina, koagulując tkanki oparzone, wyłącza je z krążenia ogólnego i zapobiega w ten sposób tworzeniu się i resorbcji jadów. Jest zatem idealnym środkiem antytoksycznym. Jaskrawym przykładem, że tylko strup utworzony przez taninę chroni od intoksykacji, jest przypadek *Davidsona,* w którym oparzeniu uległo 44% powierzchni ciała. Chory, leczony od początku taniną, nie miał już zupełnie po 6-ciu dniach objawów zatrucia. Gdy jednak po tym czasie zastosowano wilgotny okład celem przyspieszenia oddzielenia strupa, nastąpiła silna zwyżka ciepłoty, podniecenie, wymioty i chory zmarł po upływie 3 dni wśród objawów narastającej toksemii.

3) Tanina zabezpiecza całkowicie powierzchnię oparzenia od wysychania i utraty ciepła, jak również zapobiega wysiękaniu osocza: zagęszczenie krwi ustępuje, a stan ogólny ulega poprawie.

4) Strup koagulacyjny zabezpiecza ranę od zakażenia wtórnego, a regeneracja skóry pod strupem odbywa się szybko bez gorączki i ropienia, o ile oparzenie zostało przed tym oczyszczone.

W przypadkach głębokich oparzeń III stopnia działanie taniny nie jest oczywiście tak szybkie i efektowne, jak w oparzeniach II stopnia, ponieważ tanina przenika powoli do głębokiej warstwy oparzonych tkanek.

Istotnym czynnikiem leczniczym metody jest garbująca właściwość taniny. Tanina usuwa bóle, zapobiega resorbcji jadów, znosi wysiękanie osocza krwi, zapobiega utracie ciepłoty. Pod strupem tworzy się dobra blizna, leczenie jest tanie.

Najprostszym i najczęściej używanym sposobem stosowania taniny jest rozpylanie odpowiednio ogrzanego 5% wodnego rozczynu zwykłym rozpylaczem na oparzoną powierzchnię. Żeby zapobiec utracie ciepła, należy trzymać chorego w tym okresie pod koszem elektrycznym. Definitywny suchy strup powstaje po 18 godzinach. Starano się zmodyfikować technikę, tak by otrzymać strup szybko („tannage ultrarapide"). Metoda *Bettmana* polega na tuszowaniu 5% taniną oparzonej skóry; po podeschnięciu miejsca tuszowanego taniną tuszujemy je z kolei 10% rozczynem azotanu srebrowego. Strup powstaje szybko, wyniki są doskonałe. Zasługuje również na uwagę stosowanie fioletu goryczkowego i merkurochromu zamiast taniny.

Aczkolwiek nie jest wyłączone, że tanina zostanie zastąpiona przez inny lepszy środek, zasada koagulacji w leczeniu oparzeń pozostanie bez zmian.

W końcu swego referatu *Morgue-Molines* poruszył niezmiernie ważną pod względem społecznym sprawę organizacji pomocy dla oparzonych, biorąc za wzór istniejące organizacje w wielkich ośrodkach pracy w Ameryce Północnej.

Dyskusja.

Dyskusja na Zjazdach chirurgów francuskich nie ma charakteru dorywczego; jest przygotowana z góry w postaci zgłoszonych uprzednio programowo referatów. Do dyskusji w sprawie 1. referatu głównego zostało zgłoszonych 21 mówców, z których kilku tylko nie zgłosiło referatów.

Niezwykle ciekawy i pouczający film przedstawił *Mc. Clure* z Detroit ze szpitala Forda, w którym została wynaleziona i opracowana metoda leczenia taniną. Znakomity, z amerykańską techniką i reżyserją zrobiony kolorowy film, przedstawił metodę poglądowo, z wszelkimi szczegółami technicznymi. W szpitalu Forda leczenie oparzeń, które się tam zdarzają często, jest zorganizowane tak, że chory otrzymuje pierwszą pomoc bardzo szybko. Po obmyciu skóry benzyną lub eterem następuje delikatne usunięcie pęcherzy i płatów naskórka. Na ranę rozpyla się 5% wodny rozczyn taniny, albo stosuje się specjalnie przygotowaną (z dodatkiem gliceryny) 7½% pastę taninową. Następnie kładzie się chorego na pokryte sterylizowaną bielizną łóżko i trzyma się pod koszem elektrycznym.

Referaty mówców zgłoszonych do dyskusji, dotyczyły szczegółów zasadniczego tematu, wygłoszonego przez referentów głównych.

Ciekawy był komunikat *Hamanna,* który w przypadku ciężkiego oparzenia II i III stopnia u dziecka dokonał pierwotnego wycięcia ogniska, uzyskując przebieg bez zatrucia.

Dziembowski wygłosił referat o stosowaniu maści witaminowych. Niektórzy mówcy podkreślali, że rola tych maści ogranicza się do późniejszych okresów, maść witaminowa pozwala na uzyskanie lepszej blizny.

Wreszcie *Yves Delagenière* kładzie nacisk na rozpowszechnianie wśród publiczności „paramedykalnej" wiadomości o doraźnej pomocy w oparzeniach (szkodliwość linim. oleo-calcareum i maści) oraz o konieczności natychmiastowego umieszczania chorych w szpitalu. Najlepszy opatrunek pierwszej pomocy — to zwykły suchy aseptyczny opatrunek.

D. c. n.

T. Sokołowski.

POSIEDZENIA

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego w Instytucie Chirurgii Urazowej dnia 18 października 1937 r.

Dr A. Wertheim:

Wynicowanie pęcherza moczowego operowane sposobem Coffeya.

Nawiązując do pokazu *doc. Rutkowskiego* na poprzednim posiedzeniu T. Ch. W. referent podkreśla, że zabieg sposobem Coffeya nie zawsze daje dobry wynik odległy i że możliwe są przykre powikłania, jakie miał w przypadku własnym. Chłopiec 11-letni był operowany dwuczasowo. We wrześniu 36. prawy moczowód wszczepiono do kątnicy po usunięciu wyrostka robaczkowego; zagojenie po miesiącu. W styczniu 37. poddano badaniu nerkę pr., która przed zabiegiem była zupełnie prawidłowa: stwierdzono, że nerka jest znacznie powiększona, kontrastem się nie wypełnia, wobec czego nie zdecydowano się na zabieg drugostronny, chorego wypisano na okres 3 mies. W maju 37. ponowne badanie nerki prawej wykazało stan podobny do stwierdzonego poprzednio, lewa nerka — normalna; ślad kontrastu w jelicie. Badanie kału na mocznik wykazało 156 mg.%, co świadczy o domieszce moczu do kału. Na usilne naleganie rodziny w maju 37. dokonano wszczepienia lewego moczowodu do esicy. Przebieg początkowo gładki, po 10 dniach powstała przetoka moczowodowa w bliźnie, która utrzymuje się dotychczas. Czy wskazana jest reinterwencja i czy da ona wynik pomyślny?

Dyskusja:

Na zapytania *doc. Rutkowskiego* w jaki sposób wszczepiono moczowód, czy z częścią ściany pęcherza oraz czy prawostronnie było wodonercze wskutek utrudnienia odpływu moczu, czy też roponercze, referent odpowiada, że wszczepił przecięty moczowód sposobem pierwszym Coffeya, a po stronie prawej było roponercze.

Dr P. Goldstein:

Chordotomia z powodu nowotworu złośliwego.

U 28-letniej kobiety stwierdzono przed 2 laty złośliwy, ale wolno rosnący nowotwór macicy, już wówczas nie nadający się do doszczętnej operacji. Ostatnio zjawiły się bardzo silne bóle w kończynach dolnych wraz z lekkimi objawami porażennymi; bóle te doprowadziły do morfinizmu (3 razy dz. po 0,03). W przypadku tym dokonano chordotomii, zabiegu polegającego na przecięciu pęczka Gowersa rdzenia — pęczek ten prowadzi włókna bólowe, a dotykowe tylko częściowo, przy tym ulega skrzyżowaniu, tak, że przy guzie powodującym bóle przeważnie prawostronne, dokonano chordotomii lewostronnej. Trudność zabiegu polega na dokładnym zlokalizowaniu pęczka i przecięciu go na głębokości 2 mm. i na długości 3,5 mm., bez uszkodzenia pęczków sąsiednich, co mogłoby dać nieodwracalne porażenia. Usunięto łuki górnych kręgów piersiowych (I — IV), obnażono rdzeń, a po przecięciu twardówki leciutko pociągnięto rdzeń za pośrednictwem lig. denticulatum i na 1 mm. do przodu od tego więzadła rozpoczęto cięcie. Wynik zabiegu doskonały, bóle znikły natychmiast i doszczętnie. Zabieg ten przynoszący ogromną ulgę w cierpieniach, jest uzasadniony nawet w przypadkach zupełnie beznadziejnych.

Dyskusja:

Dr. Byszewski potwierdza na zasadzie przypadku własnego celowość chordotomii w przypadkach rozpaczliwych.

Dr. Sokołowski dorzuca do nielicznych chordotomij wykonanych w Polsce przypadek *dr. Choróbskiego.*

Dr T. Sokołowski:

Przypadek zwichnięcia kości skokowej z jednoczesnym jej złamaniem.

(streszczenie własne)

Chory E. W. l. 24, pilot, uległ wypadkowi samolotowemu, doznając ran ciętych i tłuczonych twarzy, otwartego złamania rzepki pr. i ciężkiego uszkodzenia stawu skokowego tej samej kończyny. Dostarczony do Instytutu Chirurgii Urazowej samolotem (2 godz. lotu) przed upływem 6 godzin od wypadku.

Badanie rentgenowskie wykazało złamanie rzepki oraz złamanie k. skokowej z jednoczesnym jej zwichnięciem (rys. 1).



Rys. 1.

Po ustąpieniu objawów wstrząsu ogólnego przystąpiono do operacji:

1) ranę stawu kolanowego wycięto, zeszyto powięź kolana i rozdarte więzadło rzepkowe szwami jedwabnymi i zamknięto szczelnie ranę;

2) wykonano krwawe nastawienie odłamków k. skokowej z cięcia tylnego z przecięciem ścięgna Achillesa w kształcie litery Z. Obrócony odłamek kości skokowej ustawiono prawidłowo i wepchnięto na miejsce właściwe. Gdy kontrola rentgenowska, wykonana na stole operacyjnym w trakcie zabiegu, wykazała dobre nastawienie, zeszyto szczelnie ranę i nałożono opatrunek gipsowy.

Przebieg bez powikłań. Po 4 tygodniach skrócono gips, uwalniając kolano i rozpoczęto ruchy stawu kolanowego. Gips na podudziu i stopie trzymano przez 8 tygodni z obawy martwiczych zmian odłamanego i zwichniętego tylnego odłamka k. skokowej. Obecnie po 12 tygodniach mamy stosunki następujące: staw kolanowy bez zarzutu, ruchomość prawidłowa, ruchów bocznych nie ma. Zarysy stawu skokowego prawidłowe, pozostało ograniczenie ruchów, które ulega stopniowo poprawie. Chód dobry i nie bolesny. Rentgenogram wykazuje przygojenie się odłamka tylnego; aczkolwiek stwierdza się jego nadmierne uwapnienie, widać jednak wrastające naczynia w postaci jaśniejszych smug (rys. 2). Bólów samoistnych chory nie ma — odłamek przygoił się i żyje, rekonstrukcja jest całkowita.

Podobnych przypadków opisano niewiele; w polskim piśmiennictwie opisane są dwa przy-



Rys. 2.

padki: *Ciszkiewicza* (astragalectomia) i *Sołtysika* (rekonstrukcja).

Jeżeli chodzi o piśmiennictwo obce, w przypadkach takich wykonywano przeważnie usunięcie k. skokowej (astragalectomia); w podręczniku *Matti'ego* opisany jest przyp. analogiczny do przedstawionego, gdzie odłamy po nastawieniu zespolono śrubą. Na zasadzie analizy przyp. własnego i przyp. *Sołtysika* myślę, że śruba jest zbędna — odłamki wciśnięte na miejsce dopasowują się idealnie bez tendencji przemieszczenia.

Aczkolwiek przypadki te są rzadkie, trzeba powiedzieć, że są typowe jako postać chorobowa. I leczenie powinno być typowe, jak w opisanym przypadku. Przecięcie ścięgna Achillesa jest do udostępnienia pola operacyjnego konieczne.

Dr T. Sokołowski:

Przypadek zwichnięcia stawu biodrowego z jednoczesnym złamaniem główki kości udowej.

(streszczenie własne)

W. G. l. 23, stud. med. doznał upadku i silnego urazu przy próbie wskoczenia do tramwaju w biegu. Przywieziony wkrótce (w nocy) do Instytutu Chir. Urazowej. Badanie zwykłe wykazuje objawy zwichnięcia stawu biodrowego lewego. Zdjęcie w rzucie przednio-tylnym (rys. 3)



Rys. 3.

wykazuje zwichnięcie główki k. udowej do tyłu, widać jednak w obrębie główki nieznaczny ubytek.

Lekarz dyżurny wykonał próbę odprowadzenia zwichnięcia w uśpieniu chlorkiem etylu, lecz nie doznał wrażenia, że główka wskoczyła do panewki — napotkał tam na opór wzgl. przeszkodę. Rentgenogram kontrolny w rzucie przednio-tylnym (rys. 4) wykazuje ustawienie główki nieprawidłowe, główka nie weszła całkowicie do panewki, widać również cień dodatkowy jak gdyby odłamka. Dla sprecyzowania rozpoznania wykonano w znieczuleniu ogólnym sennarkolem zdjęcie boczne w ustawieniu Lorenza (rys. 5), które wykazuje, że główka stoi poza panewką dotykając jej brzegu, a z panewki stawowej wy-



Rys. 4.

stercza odłam powierzchni główki k. udowej.

Rozpoznaliśmy więc w tym przypadku zwichnięcie stawu biodrowego z jednoczesnym złamaniem główki k. udowej: nie nastąpiło tutaj jednak, jak zwykle, rozdarcie więzadła obłego stawu, lecz więzadło zostało utrzymane, natomiast oderwaniu uległa wypukłość główki i pozostała w panewce na więzadle, stwarzając przeszkodę do odprowadzenia zwichnięcia.



Rys. 5.



Rys. 7.

Przystąpiliśmy do zabiegu operacyjnego usunięcia odłamka z cięcia płatowego okalającego krętarz wielki: po odchyleniu płata skórno-powięziowego przedłutowano krętarz, unosząc go wraz z mięśniami pośladkowymi do góry. Rozdarta torebka stawowa dała szeroki dostęp do panewki: uchwycono odłam i pociągnięto go, napinając więzadło obłe. Po przecięciu tego więzadła usunięto odłamek (rys. 6), po czym asystujący odprowadził bez trudności główkę do pa-



Rys. 6.



Rys. 8.

newki. Oddłutowany krętarz przybito gwoździkiem Lambotte'a (rys. 7) i zeszyto szczelnie warstwowo ranę operacyjną. Rys. 8 przedstawia zrekonstruowaną na zasadzie usuniętego odłama powierzchnię złamania. Przebieg pooperacyjny gładki. Opatrunek gipsowy usunięto po 3 tygodniach, i rozpoczęto ruchy bierne i czynne [1]).

[1]) Obecnie po 5 tygodniach ruchy bierne i czynne stawu biodrowego wróciły w dużym zakresie. Chory chodzi dobrze bez bólu.

Jest to niezwykły przypadek oderwania powierzchni główki k. udowej przez utrzymane więzadło obłe w trakcie zwichnięcia stawu biodrowego, tym bardziej, że zwichnięcie dotyczy młodego zdrowego i silnie zbudowanego człowieka. Leczenie takich przypadków musi być, rzecz prosta, operacyjne.

Dyskusja:

Dr. Kołodziejski zapytuje, czy nie należy obawiać się zesztywnienia w stawie, czy nie było wskazane, jak przy artroplastyce, pokrycie powięzią okrwawionego odłamka?

Doc. Rutkowski: Takie postępowanie komplikowałoby zabieg, wystarcza powierzchnia chrząstki, pokrywającej panewkę, by zapobiec zesztywnieniu.

Dr. Sokołowski również uważa, że okrwawiona powierzchnia główki będzie się dobrze ślizgać po chrząstce panewki, należy tylko wcześnie uruchomić staw, po 3 tygodniach, t. j. po okresie czasu niezbędnym do przygojenia się oddłutowanego i przybitego krętarza. Rozległe rozdarcie torebki stawowej może być jednak powodem częściowego ograniczenia ruchomości w stawie.

Dr H. Ciszkiewicz (przypadek *d-ra J. Szulca).*
Przypadek ciężkiego otwartego złamania przedramienia u dziecka.
(streszczenie własne)

Chłopiec 11-letni spadł z drzewa z wysokości kilku metrów na wyciągniętą lewą rękę. Przywieziony do Instytutu Chirurgii Urazowej z Ostrowi Mazowieckiej dnia 6.IX r. b. w 4 godziny po wypadku. Przedramię lewe unieruchomione w łupkach. Po odwinięciu opatrunku stwierdzono znaczne zniekształcenie przedramienia oraz dwie rany na grzbietowej jego powierzchni; w złamanie trzonu kości promieniowej, otwarte dwukrotne złamanie trzonu kości łokciowej (jedno podokostnowe, drugie ze znacznym przemieszczeniem, przy czym odłam dośrodkowy wystercza z rany), epifizjolizę nasad obwodowych obu kości ze złamaniem przynasadowym kości promieniowej, wreszcie zwichnięcie główki kości promieniowej.



Rys. 9a.



Rys. 9b.

jednej z nich, po stronie łokciowej, widoczny odłam kostny zanieczyszczony ziemią. Tętno t. promieniowej słabo wyczuwalne, ruchy palców zniesione. Badanie rentgenowskie (rys. 9) wykazało

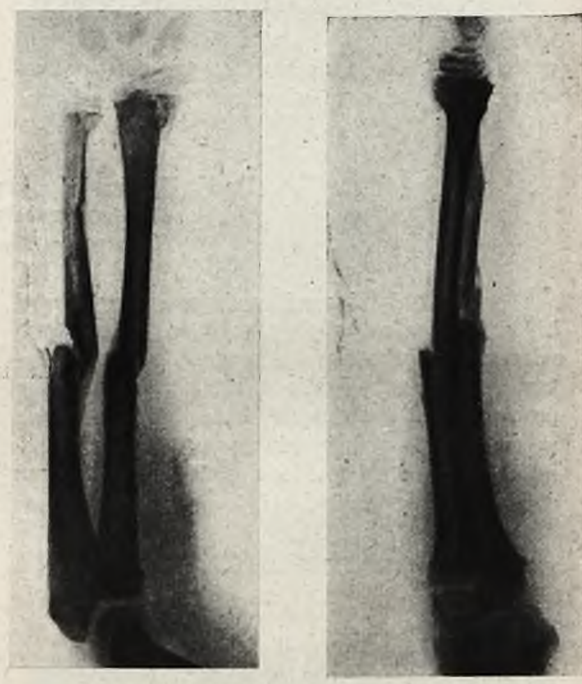
Niezwłocznie przystąpiono do zabiegu, który polegał na wycięciu pierwotnym obu ran, przy czym zanieczyszczony ziemią odłam kości łokciowej obcięto odgryzaczem kostnym; czystszą ra-

nę ponad kością promieniową zeszyto szczelnie, drugą ranę zamknięto szwami sytuacyjnymi, suchy opatrunek na mastisolu. Zwichniętą główkę k. promieniowej nastawiono bez trudności ręcznie, przedramię silnie rozciągnięto na aparacie Sokołowskiego do wyciągu przedramienia, dzięki czemu uzyskano możliwie korzystne ustawienie odłamów i ustalenie tego ustawienia w opatrunku gipsowym (pod kątem prostym w łokciu, od nasady palców do połowy ramienia). Jedynie epifizjoliza nie została całkowicie nastawiona, pozostała nieznaczna dorsalizacja oddzielonej nasady.

Choremu wstrzyknięto surowicę przeciwtężcową i przeciw zgorzeli gazowej. Kończynę zawieszono wysoko na pałąku przyłóżkowym. Pomimo to szybko narastający obrzęk zmusił do podłużnego rozcięcia i rozchylenia gipsu w 2-gim dniu, zaś ciepłota stopniowo narastając osiągnęła 39,4 w 4. dniu choroby. Choremu wstrzyknięto ponownie surowicę przeciwzgorzelinową, dożylnie podawano hemthysal, w oknie gipsowego opatrunku rozpuszczono szwy oraz rozpoczęto codzienne podawanie antystreptyny (0,5 2 r. dz.). Ciepłota spadła litycznie osiągając normę w 9. dniu choroby; spadł również i obrzęk, a kontrola rentgenowska wykazała znaczne pogorszenie w ustawieniu odłamów. Wobec tego przedramię ponownie rozciągnięto na aparacie wyciągowym i przegipsowano, osiągając dobre ustawienie odłamów; zwrócono specjalnie uwagę na nastawienie epifizjolizy; okno w opatrunku gipsowym umożliwiało dostęp do obu ran, które goiły się gładko przez ziarninowanie. W ciągu następnych 2 tygodni, przy stanie stale bezgorączkowym, rany zagoiły się, wobec czego przedramię zagipsowano szczelnie i chorego wypisano do domu. Po 5 tygodniach gips zdjęto — klinicznie zrost; w obawie jednak o jego moc zastosowano jeszcze szynę gipsową do zdejmowania do kąpieli i ostrożnych ruchów czynnych. Stan obecny przedstawia rys. 10.

W przypadku tym, pomimo wielokrotnego otwartego złamania obu kości przedramienia, osiągnięto dobry wynik anatomiczny i czynnościowy dzięki temu, że chory w kilka godzin po wypadku mógł być poddany zabiegowi pierwotnego wycięcia ran, po czym kończyna została dokładnie i trwale unieruchomiona; przyczyniło się to do zwalczenia zakażenia, które zapewne nie było zbyt złośliwe.

Nasuwa się tu porównanie z innym przypadkiem, leczonym również w Instytucie, dotyczącym dziewczyny 14-letniej, która po upadku z drzewa uległa otwartemu złamaniu obu kości przedramienia z przemieszczeniem. Rana na zgiętnej powierzchni przedramienia zamknięta przez lekarza klamerkami, a chora przybyła do Instytutu w 24 godz. po wypadku już z odczynem zapalnym dokoła ranki. Pomimo zdjęcia



Rys. 10.

klamerek i unieruchomienia kończyny, a po 3-ch dniach szerokiego otwarcia ogniska zgorzelinowego, objawy zgorzeli gazowej zmusiły do wysokiego odjęcia ramienia, co ocaliło życie chorej.

Dyskusja:

Dr. Sokołowski: Przypadki otwartych złamań przedramienia z raną na stronie zgiętnej przebiegają b. ciężko. Z pośród 4 przyp. leczonych w Instytucie w 2, pomimo pierwotnego wycięcia rany, doszło do zapalenia szpiku kostnego, czyli wynik dobry osiągnięto zaledwo w 50%. W przypadkach tych ranę zeszywać można szczelnie tylko w okresie bardzo wczesnym i po skrupulatnym i doszczętnym jej wycięciu — w okresie nieco późniejszym i przypadkach wątpliwych lepiej rany nie zeszywać.

Dr T. Sokołowski:

Przedstawienie wyników leczenia gwoździowaniem przezskórnym złamań nadkłykciowych ramienia u dzieci na materiale 56 przypadków: wnioski.

(streszczenie własne)

S. leczył przezskórnym przybiciem drucikiem 88 przypadków tych złamań u dzieci. W pierwszych 32 przyp. nastawił odłamy operacyjnie w otwartej ranie, i po tym przybił odłam obwodowy drucikiem chromo-niklowym. Nasuwała się sama przez się myśl, czy nie można wykonać takiego zespolenia bezkrwawo, nastawiając odłamy pod ekranem. Ponieważ pierwsze próby dały dobre wyniki, przeprowadzono takie leczenie w serii 56 przypadków. We wszystkich przyp. nastawienie i przybicie udało się i osiągnięto rezultaty dobre tak pod względem anatomicznym jako też czynnościowym. *S.* rozróżnia 3 główne typy tego złamania: złamanie właściwe nadkłykciowe ponadnasadowe, złamanie przez nasadę (poprzez fovea olecrani) i odosobnione złamanie wyniosłości główkowatej k. ramiennej (złamanie bocznego kłykcia k. ramiennej). Przypadki oderwania przyśrodkowego kłykcia są rzadkie; jest to właściwie oderwanie jedynie tylko nadkłykcia — odłamek ulega nierzadko przesunięciu do stawu i wywołuje blokadę. Złamania kłykci należy leczyć zawsze operacyjnie: w materiale swoim *S.* odprowadza operacyjnie odłamaną wyniosłość główkowatą k. ramiennej i przybija ją przezskórnie drucikiem chromo-niklowym. Odłamany nadkłykieć przyśrodkowy należy usunąć, w jednym tylko przypadku udało się go przybić drucikiem, uzyskując rekonstrukcję. Przedstawiona metoda wypróbowana na dużym materiale chorych doprowadziła do następujących wniosków:

1) Metoda ta jest najwięcej oszczędzającą chorego metodą zachowawczą, ponieważ w świetle dzisiejszych doświadczeń w leczeniu złamań nie można uważać wbicia drucika za operację, a jedynie za zwykły zabieg, stosowany szeroko we wszelkich złamaniach.

2) Z pośród istniejących metod utrzymania odprowadzonych odłamków należy tej metodzie oddać pierwszeństwo nad wszelkimi metodami, zmierzającymi do utrzymania złamania za pomocą opatrunków.

W jednym tylko przypadku *S.* obserwował powikłanie — ropienie koło drucika, jednak nie doszło do zapalenia kości i chory wyzdrowiał, nieco dłużej tylko trzymano szynę gipsową. Leczenie sposobem Zeno (wyciąg drutowy za wyrostek łokciowy) *S.* uważa za nienadający się dla dzieci, natomiast za idealny sposób leczenia nadkłykciowych złamań oraz złamań kłykci k. ramiennej u dorosłych.

Dyskusja:

Dr. Wertheim uważa, że leczenie zachowawcze sposobem Moucheta (nastawienie złamania przez maksymalne zgięcie w stawie łokciowym) daje dobre wyniki, a jest to metoda bardzo prosta.

Doc. Rutkowski: metodę Moucheta stosuje się stale i oddawna na klinice prof. Radlińskiego — odłamki nie zeskakują.

Następnie w dyskusji zabierali głos *doc. Szerszyński i dr. Tokarski.*

W odpowiedzi *dr. Sokołowski* zgadza się z tym, że zgięcie w stawie łokciowym powoduje dobre ustawienie odłamków, ale zgięcie to nie zawsze jest wykonalne np. przy dużym obrzęku, ponadto u małych dzieci opatrunek gipsowy w tym ustawieniu jest źle tolerowany i zazwyczaj trzeba go rozluźniać, wskutek czego następuje przemieszczenie odłamków.

Dr P. Goldstein:

Przypadek operowanego nowotworu pęcherzyka żółciowego.

Nowotwory złośliwe pęcherzyka żółciowego w okresie wczesnym dostają się na stół operacyjny zwykle tylko przypadkowo, z innym rozpoznaniem i w tym okresie są technicznie łatwe do usunięcia doszczętnego. W większości przypadków rozpoznawanych już jako guz macalny przez powłoki, nie nadają się do zabiegu radykalnego.

U kobiety 58-letniej napady kamicy żółciowej datują się od 20 lat. Ostatnio napady są częstsze, chora chudnie, stany podgorączkowe bez żółtaczki. W podżebrzu prawym wyczuwa się guz

duży, twardy, o powierzchni nierównej. Reakcja Freund-Kaminer wypadła dodatnio. Z rozpoznaniem nowotworu przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Stwierdzono obecność dużej torbieli, która przy oddzielaniu pękła — zawierała płyn jasny; pod torbielą znajdował się guz, zespolony z pęcherzykiem żółciowym i częściowo zrośnięty z wątrobą. Guz dość łatwo oddzielono od wątroby wraz ze ścianą torbieli i usunięto go łącznie z pęcherzykiem, zawierającym kamienie. Rozpoznanie anat.-pat.: adenocarcinoma vesicae felleae. Wynik pooperacyjny dobry, po 3 miesiącach brak objawów nawrotu.

Dyskusja:

Na zapytanie *dr Kołodziejskiego*, czy kontrolowano drogi chłonne i gruczoł w okolicy zagięcia ductus choledochus, referent odpowiada, że gruczoł ten usunięto, ale nie był on badany.

H. Ciszkiewicz.

KRONIKA

NOWY GMACH 4. SZPITALA OKRĘGOWEGO IM. GEN. DR. MED. F. SŁAWOJ-SKŁADKOWSKIEGO W ŁODZI.

W uzupełnieniu notatki w zeszłym N-rze o uroczystości otwarcia nowego gmachu 4. Szpitala Okręgowego w Łodzi podajemy widok ogólny nowego gmachu oraz nieco danych dotyczących Szpitala.

Nowy gmach został wybudowany na terenie dawnego Szpitala, frontem do ul. Żeromskiego. Jak widać z załączonego planu, oddział chirurgiczny posiada dwie sale operacyjne aseptyczne, z których jedna jest przystosowana specjalnie do operacyj kostnych i ortopedycznych. Prócz tego jest mała sala do operacyj ropnych. Sale operacyjne posiadają urządzenie powietrza klimatycznego.

St. ordynatorem oddziału jest ppłk. dr *Dobulewicz*, ordynatorem mjr. dr *Mielnik*.

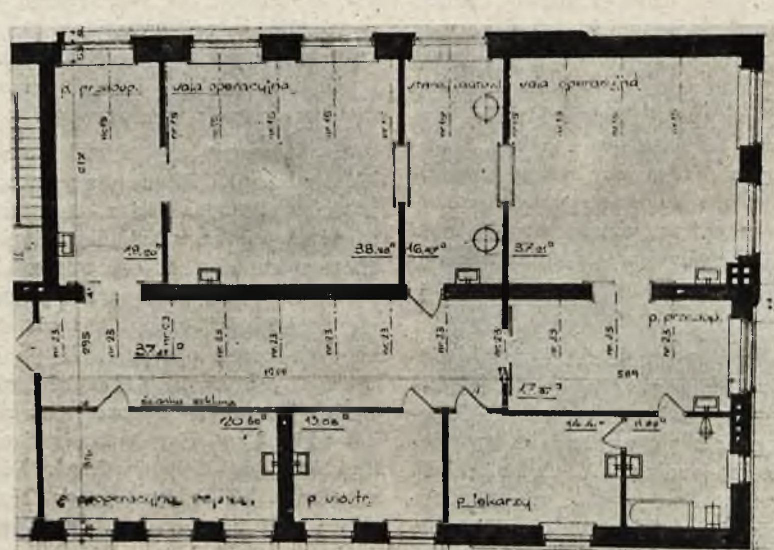
Nader hojnie została rozbudowana i wyposażona również pracownia rentgenowska Szpitala (kier. dr *Helwig*). Posiada ona 3 sale diagnostyczne, wyposażone w kilka aparatów do wszelkich prześwietleń i zdjęć. Wszystkie lampy są zabezpieczone przed wysokim napięciem i promieniowaniem. Pracownia posiada również aparat do



Widok gmachu 4. Szpitala Okręgowego od frontu.



Widok gmachu 4. Szpitala Okręgowego od ogrodu.



Plan sal operacyjnych.

głębokiej terapii rentgenowskiej i przenośny aparat Philipsa „Junior".

Fizykalna terapia jest rozmieszczona w 3 pokojach i wyposażona w aparaty do diatermii krótkofalowej i długofalowej, pantostat, lampy kwarcowe, lampy „Infrarouge", budki żarowe.

Szpital ten jest chlubą IV Okręgu Korpusu i Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk., stając się wzorem budownictwa szpitalnego.

HOHENLYCHEN — SANATORIUM DLA LECZENIA URAZÓW SPORTOWYCH I ZAWODOWYCH.

Z inicjatywy prof. Wojciechowskiego, kierownika Poradni Sportowo-chirurgicznej przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P. i w porozumieniu z P. U. W. F. udaliśmy się we wrześniu b. r. do Niemiec by zwiedzić zakłady przeznaczone dla leczenia uszkodzeń sportowych. Między innymi spędziliśmy tydzień w Hohenlychen, gdzie znajduje się sanatorium poświęcone specjalnie leczeniu urazów sportowych i uszkodzeń pracy.

Tego rodzaju i tego typu zakładu leczniczego, gdzie zajmowano by się nie tylko leczeniem samego urazu, ale i leczeniem pourazowym w sensie zupełnego przywrócenia zdolności do pracy, względnie do czynnego życia sportowego, w Polsce nie posiadamy. Każdy chory opuszczając sanatorium w Hohenlychen, jest już zazwyczaj w zupełności zdolny do pracy. Taki system leczenia jest co prawda kosztowny, ale też, jak to zobaczymy, bardzo korzystny, dla całokształtu leczenia.

Chory przebywa w zakładzie dość długo; nawet operowani z powodu uszkodzenia łąkotki spędzają w sanatorium około 6 tygodni biorąc udział w specjalnych ćwiczeniach. Jeżeli chcemy opisać wrażenia z Hohenlychen, to raczej właśnie tylko dla podkreślenia doniosłości leczenia następowego pooperacyjnego (jeżeli idzie o chorych operowanych), leczenia pourazowego, leczenia następstw urazu, tego co byśmy nazwali przywróceniem chorego do stanu przedurazowego. Metody leczenia chirurgicznego wogóle mało się różnią od metod ogólnie w całych Niemczech przyjętych, które zobaczyliśmy w innych zakładach i klinikach.

Specjalnością poza tym w Hohenlychen, jeżeli idzie o zabiegi chirurgiczne, są operacje łąkotek, plastyki stawów i więzadeł, plastyki ścięgna Achillesa i operacje po porażeniach wywołanych chorobą Heine-Medina. W uszkodzeniach łąkotek nie wykonywa się prawie nigdy pneumografii; być może, że wielki materiał (2 tysiące przypadków) pozwolił nabrać takiej wprawy przy ocenie stopnia i rodzaju uszkodzenia łąkotki, że pneumografia staje się zbędna. W każdym razie te kilkanaście operacyj usunięcia łąkotek, które widzieliśmy, potwierdziły ścisłość rozpoznania, mimo niewykonania pneumografii.

Co do opatrunków gipsowych, uderza długi okres czasu jaki się trzyma naogół te opatrunki po operacjach; nawet po operacji łąkotki kończyna leży w ciągu trzech tygodni w uprzednio przygotowanej rynience gipsowej. Po wszelkich operacjach plastycznych, specjalnie stawów kończyny dolnej i wszędzie tam, gdzie celem jest zapewnienie kończynie zupełnego unieruchomienia, opatrunek gipsowy zakładany jest i na drugą kończynę, aż do stawu kolanowego. Opatrunki gipsowe nakłada się z dużym podkładem waty. Bardzo chętnie i dużo operują u sportowców żylaki kończyn dolnych.

Wszystkie operacje odbywają się w uśpieniu eterowym przy użyciu zwykłej maski, jak zresztą wszędzie w Niemczech gdzie potem byliśmy. Techniki operacyjnej, sterylizacji, sali operacyjnej (wszystkie urządzenia stoją na bardzo nowoczesnym poziomie) opisywać nie będziemy, gdyż, jak to jeszcze raz zaznaczamy, chcemy obecnie podkreślić jedynie specjalny charakter tego sanatorium, gdzie w tak ścisłe ramy został ujęty i połączony problem leczenia urazowego z zagadnieniem leczenia pourazowego.

Hohenlychen leży wśród rozległych lasów w Meklemburgii, 110 km. na północ od Berlina nad brzegiem licznych jezior. Sanatorium to powstało przed 4 laty w zabudowaniach dawnego gruźliczego sanatorium Czerwonego Krzyża. Zakład ma 700 łóżek i następujące oddziały, mieszczące się w niedużej odległości od siebie: I oddział chorych przed operacją, II po operacji (aseptyczny i septyczny), III oddział zabiegów fizykalnych (przyrodolecznictwo, gimnastyka, masaże), IV oddział gruźlicy kostnej, V oddział dziecięcy (po chorobie Heine-Medina), VI oddział wypoczynkowy, VII oddział pracy. Nowocześnie urządzona jest sala operacyjna i gabinet rentgenologiczny. Zakład ten posiada prócz tego liczne boiska sportowe do ćwiczeń, gier i zabaw (z przyrządami), pływalnię na jeziorze, tratwy, łódki.

Organizacja pracy

Kierownikiem sanatorium jest prof. *Gebhardt*. W jego ręku znajduje się zarazem kierownictwo lekarskie i administracyjne sanatorium. Do pomocy ma lekarza-adjunkta i kierownika wychowania fizycznego, oraz 12 lekarzy wykwalifikowanych i 12 nauczycieli gimnastyki, w tym 8 kobiet. Poza tym 65 sióstr Czerwonego Krzyża i 220 pracowników fizycznych. Na każdym

oddziale jest lekarz oddziałowy, który tam mieszka. Codziennie rano adjunkt otrzymuje z każdego oddziału raport pisemny stanu chorych, zawierający dane, ilu chorych jest po operacji, ilu w badaniu, który idzie na zabiegi i t. d. Wizyty kierownika odbywają się 2 razy w tygodniu. Praca rozpoczyna się o godzinie 8-ej na sali operacyjnej; jeżeli jest duży program — o godzinie 7-ej.

Materiał chorych jest mniej więcej w takiej proporcji:

⅓ uszkodzeń pracy

⅓ uszkodzeń sportowych

⅓ chorych prywatnych lub skierowanych przez instytucje państwowe, społeczne i t. d.

Opłaty za chorych wnoszą:

1) Kasa Chorych — za ubezpieczonych, „Pomoc Sportowa" — za sportowców; jest to fundusz z opłat 10 fenigów od każdego sportowca rocznie (6 milionów zrzeszonych sportowców), i procent od biletów wejścia na imprezy sportowe.

2) Chorzy prywatni.

Opieka nad chorym:

Chory skierowany do sanatorium zostaje tego samego dnia zbadany przez lekarza dyżurnego. W razie potrzeby ma zrobione zdjęcie rentgenowskie, badania pomocnicze i wieczorem zostaje przedstawiony kierownikowi, który chorego bada i kieruje na odpowiedni oddział, dając równocześnie wskazówki co do leczenia lekarzowi oddziałowemu i ewentualnie co do ćwiczeń i masażu jednej z instruktorek. Rozpoznanie i orzeczenie co do dalszego postępowania z chorym dyktuje sekretarce, która następnego dnia wysyła odpowiednie pisma do rodziny chorego, do zakładu pracy lub klubu sportowego i do lekarza, który chorego skierował.

Chory, który opuszcza sanatorium jako niezdolny jeszcze w 100% do pracy, zostaje skierowany do organizacji „Frontu pracy", przez którą otrzymuje pracę lżejszą do czasu pełnej zdolności do pracy, jaką pełnił przed zachorowaniem. Poprzedniej jego placówki pracy nie może mu nikt zająć.

Gimnastyka i fizykalne leczenie chorych

Każdy chory jest przydzielony do pewnej grupy ćwiczebnej lub do ćwiczeń gimnastycznych pojedyńczych z instruktorką (masażystką) przy specjalnych wskazaniach. Chorzy, którzy nie chodzą (np. po operacji) odbywają gimnastykę w łóżku ze specjalnym uwzględnieniem ruchów i masażu. Oprócz tego każdy chory otrzymuje kąpiele w specjalnym basenie z ciepłą wodą dla kąpieli grupowych lub natryski i wanny z podwodnym masażem (woda pod dużym ciśnieniem wpuszczana za pomocą specjalnego urządzenia). Wszystkie ćwiczenia odbywają się przeważnie na wolnym powietrzu, na specjalnych boiskach do ćwiczeń, na pływalni, na tratwie na jeziorze, dokąd chorzy wyjeżdżają na pół dnia grupami, lub w razie niepogody w sali gimnastycznej. Diatermia, lampa kwarcowa, naświetlania rentgenem — w specjalnym gabinecie.

Każdy chory lub grupa na wszystkie zabiegi i ćwiczenia ma wyznaczoną godzinę i minutę, które są rygorystycznie przestrzegane.

Oddział wypoczynkowy zorganizowany dla chorych przeciążonych pracą fizyczną lub umysłową i sportowców przetrenowanych, którzy spędzają tu czas na lekkiej pracy fizycznej, spacerach, wycieczkach i t. p. nie krępowani ścisłym rozkładem dnia.

Oddział pracy zorganizowany dla chorych na wyzdrowieniu, jako ostatni etap leczenia. Na oddziale tym chorzy wykonują wyznaczone roboty (roboty ziemne, budowa strzelnicy, budowa boisk, układanie trawników, wyroby stolarskie,



Ćwiczenia na tratwie na jeziorze.

ślusarskie i t. p.). Dla chorych, którzy nigdy pracą fizyczną się nie zajmowali, są specjalne ćwiczenia praktyczne, jak noszenie słupów drewnianych, wbijanie pali młotem w ziemię, kopanie rowów, układanie trawników. Wszystkie roboty

przy urządzeniu sanatorium w ostatnich dwóch latach wykonali chorzy.

Wolny czas od zajęć chorzy spędzają w kasynie do zabaw i gier towarzyskich (bilard, szachy, muzyka, taniec). Nadto chorzy mają prawo korzystania z dużej biblioteki i czytelni.

Cel założenia sanatorium

Idea założenia takiego sanatorium powstała w roku 1933 i została powierzona do wykonania jej twórcy, prof. *Gebhardtowi*, który rozpoczął pracę z 1 lekarzem i 40 chorymi. Dziś, po 4-letniej pracy, sanatorium dowiodło potrzeby swego istnienia, wzrosło do ilości 700 chorych i 13 lekarzy i wykazuje nadal tendencję do powiększania. Celem lecznictwa prowadzonego w sanatorium jest danie chorym pomocy lekarskiej, jakiej potrzebują, w formie najbardziej przystępnej, przyjemnej i nieuciążliwej.



Ćwiczenia kończyny górnej.



Ćwiczenia dla jednonogich.

Istnienie takiego sanatorium, praca w nim, rozwój jego i wyniki przekonują powoli świat lekarski do ćwiczeń cielesnych nie tylko dla zdrowych i sprawnych, lecz przede wszystkim dla chorych i fizycznie upośledzonych — w myśl zasady, że wszystkie siły człowieka marnieją, jeżeli nie są używane. Tylko ćwiczenia stałe, pod ciągle nowymi i ostrymi wymaganiami, doprowadzają te wartościowe własności, które człowiek odziedziczył, do najwyższego rozwoju. Duża liczba ludzi, wprawdzie zdrowych umysłowo, ale upośledzonych fizycznie, potrzebuje planowego cielesnego wychowania: słabowity — aby umieć wykorzystać w pełni wartość wypoczynku, chory — aby wzmocnić swoje naturalne siły obronne, kaleka — aby wytworzyć wszystkie wyrównawcze siły zastępcze, wreszcie uzdrowieniec — aby ponownie uzyskać dawną sprawność fizyczną.



Piłka nożna dla jednonogich.

Odpowiednio dawkowana sportowa podnieta ruchu, jako środka przeznaczonego przez przyrodę, winna pobudzać drzemiące w chorym siły, gdyż lekarskie doświadczenie uczy, że zdrowotna równowaga i wyleczenie kliniczne nie oznaczają jeszcze pełnej zdolności do pracy. Ciało osłabione przez chorobę, operację lub brak ruchu wskutek dłuższego leżenia w łóżku, potrzebuje jesz-

cze pewnego czasu, aby przyzwyczaić się znowu do ciężkich wysiłków, trwałych obciążeń i ciągle zmiennych wymagań pracy. W tym czasie przejściowym musi nastąpić t. zw. szkolenie ciała, które nie powinno się ograniczać, jak przy gimnastyce chorego, do miejsca uszkodzenia, lecz powinno służyć przez celową sportową gimnastykę, gry i zabawy, do podniesienia sprawności całego ciała i ogólnej zmiany nastroju.

Należy dążyć do usunięcia nie tylko uszkodzeń ciała, lecz wpłynąć również na zmianę psychiki, a więc usunąć przygnębienie ciężką chorobą, depresję po ciężkiej operacji lub skutkach nieszczęśliwego wypadku. Trzeba w chorym zwalczać uczucie jego zbędności dla pracy i społeczeństwa, jakie występuje w przebiegu choroby, w następstwie długiej nieczynności i osamotnienia. Właśnie ćwiczenia cielesne, początkowo pojedyńcze, potem grupowe, mają dopomóc do ponownego zdobycia radości życia i wiary we własne siły.

Sanatorium Hohenlychen trybem swego życia sprawia wrażenie nie szpitala dla chorych, ale wesołej, ruchliwej, beztroskiej szkoły sportowej.

A. Mul i *S. Tokarski.*

ZJAZD POL. TOW. ORTOPED. I TRAUMAT.

W kwietniu 1938 r. odbędzie się w Poznaniu VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego na którym będą wygłoszone referaty na tematy programowe i tematy dowolne. Tematy programowe:

I. Poliomyelitis i następstwa. — Referenci: *Prof. M. Michałowicz* (Warszawa), *Prof. S. Pieńkowski* (Kraków), *Prof. F. Raszeja* (Poznań), *Prof. A. Wojciechowski* (Warszawa) *dr J. Wolszczan* (Poznań).

II. Złamania śródstawowe. — Referenci: *Doc. A. Gruca* (Lwów), *Dr A. Janik* (Łódź).

Zgłoszenia referatów na tematy jak programowe, tak i na tematy dowolne należy kierować do dnia *15 stycznia 1938 r.* pod adresem sekretarza P. T. O. i T. *Dra Henryka Levittoux, Warszawa, ul. Polna Nr. 78.*

BIURO INFORMACYJNE DLA WYJEŻDŻAJĄCYCH ZAGRANICĘ.

Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie organizuje biuro informacyjne dla pragnących wyjechać zagranicę; projekt organizacji takiej instytucji przedstawił *dr St. Tokarski* na ostatnim posiedzeniu Tow. Chir. Warsz.

W myśl tego projektu udzielane byłyby informacje o instytucjach i zakładach znajdujących się zagranicą, któreby mogły zainteresować wyjeżdżających; z drugiej strony Tow. Chir. Warsz. dawałoby swym członkom listy polecające. Tego rodzaju listy polecające ułatwiałyby zwiedzanie i poznanie zakładów zagranicznych.

Dla zorganizowania tego rodzaju biura Zarząd Towarzystwa porozumie się z innymi Towarzystwami zagranicznymi i zorganizuje ankietę wśród swoich członków, którzy kiedykolwiek wyjeżdżali zagranicę.

Kartoteki biura informacyjnego znajdować się będą w lokalu biblioteki Tow. Chir. Warsz.

Organizacją i administracją zajmować się zawsze będzie sekretarz Towarzystwa.

Zarząd Tow. Chir. Warsz. zwraca się do wszystkich chirurgów w Polsce o poparcie tej inicjatywy, przez nadsyłanie wszelkiego rodzaju wiadomości o instytucjach i zakładach zagraincznych do sekretariatu Towarzystwa.

Adres: Warszawa, ul. Ludna 3 m. 8. *Dr St. Tokarski.*

KOMUNIKAT ZARZĄDU TOW. CHIR. WARSZ. W SPRAWIE ORGANIZACJI BIBLIOTEKI.

Biblioteka Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego uzyskała pomieszczenie w oddziale Chirurgicznym Warszawskiego Szpitala dla dzieci. Dyrekcja Szpitala oddała również do dyspozycji członków Tow. Chirur. Warsz. lokal swej biblioteki z którego będzie można korzystać, jako z czytelni. Prace nad zorganizowaniem i uporządkowaniem biblioteki są już na ukończeniu i w najbliższych tygodniach będzie ona mogła być oddana do użytku. Wszystkich autorów monografii oraz podręczników z dziedziny chirurgii uprasza się o łaskawe ofiarowanie swych prac bibliotece Towarzystwa.

Bibliotekarz *J. Kossakowski.*

NOMINACJA.

Dr Józef Grzybowski został mianowany profesorem nadzwyczajnym chirurgii operacyjnej i anatomii topograficznej w Uniw. J. P. w Warszawie.

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

ś. p. prof. Leon Kryński.

W dniu 8 października r. b. zmarł ś. p. prof. *Leon Kryński*, jeden z najstarszych i najbardziej zasłużonych chirurgów warszawskich.

Prof. Kryński urodził się w Warszawie 20. II 1866 roku, tutaj skończył gimnazjum ze złotym medalem, a w 1889 r. wydział lekarski. W roku następnym udał się na studia do Berlina, Wiednia, Paryża i Rzymu, pracował u *Kocha, Bergmanna i Koeniga.* W roku 1891 przyjechał do Krakowa, gdzie otrzymał stopień doktora medycyny i został asystentem Kliniki Chirurgicznej u *prof. Rydygiera,* który oddał Mu kierownictwo pracowni naukowej w klinice. Na tym stanowisku *prof. Kryński* pozostawał do roku 1896, po czym na podstawie monografii „O chłoniakach" został mianowany docentem chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego; po habilitacji zaczął wykładać w tym uniwersytecie anatomię topograficzną i chirurgię operacyjną. W roku 1902 otrzymał *Kryński* tytuł profesora nadzwyczajnego chirurgii U. J.

W roku 1903 *prof. Kryński* powrócił do rodzinnego miasta. Gdy w 1906 roku rozpoczął się bojkot rosyjskiego Uniwersytetu Warszawskiego i Klinika Chirurgiczna przy szpitalu ś-go Ducha przestała istnieć, *prof. Kryński* został mianowany ordynatorem oddziału chirurgicznego w dawnej klinice i pozostawał na tym stanowisku do roku 1912 t. j. do czasu ponownego przejęcia kliniki przez uniwersytet.

W roku 1907 *prof. Kryński* był jednym z założycieli Towarzystwa Naukowego w Warszawie, którego wiceprezesem został w 1913 roku. W tym samym roku zakłada w gmachu Tow. Naukowego pracownię chirurgii doświadczalnej. Na stanowisku wiceprezesa *prof. Kryński* pozostawał do 1924 roku.

Gdy w roku 1914 zarząd miejski Warszawy założył w gmachu Korpusu Kadetów lazaret dla leczenia rannych, *prof. Kryński* został tam jednym z ordynatorów i prowadził oddział do czasu zamknięcia lazaretu w 1915 roku. Po wejściu do Warszawy Niemców *prof. Kryński* był jednym z tych, którzy z *prof. Brudzińskim* na czele wszczęli starania o otwarcie w Warszawie uniwersytetu polskiego. Władze okupacyjne, niepewne o losy uniwersytetu, na razie nie zgodziły się na otwarcie Wydziału Lekarskiego, gdyż pociągało to za sobą znaczne koszty, poprzestały jedynie na prowizorium, tworząc przy wydziale matematyczno-przyrodniczym oddział przygotowawczo-lekarski. Kierownikiem tego oddziału na rok akademicki 1915/16 został mianowany *prof. Kryński,* który zaczął wykładać studentom anatomię narządów moczowo-płciowych. Jako kierownik oddziału przygotowawczo-lekarskiego *prof. Kryński* został członkiem Senatu Akademickiego. Gdy oddział przygotowawczo-lekarski przekształcono w 1916 roku na Wydział Lekarski, *prof. Kryński* został wybrany na dziekana tego wydziału na rok 1916/17, był więc pierwszym dziekanem wydziału lekarskiego odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego. Następnie *prof. Kryński* od połowy 1918 roku do 1 lipca 1920 był kierownikiem kliniki chirurgicznej przy szpitalu Dzieciątka Jezus. W roku 1919 został mianowany profesorem zwyczajnym chirurgii operacyjnej i anatomii topograficznej i pozostawał na tym stanowisku do dnia 1 października 1931 roku, t. j. aż do przeniesienia w stan spoczynku. Poza tym *prof. Kryński* w roku 1916/17 prowadził wykłady pierwszej pomocy lekarskiej na wydziale Farmaceutycznym U. W.

W roku 1920 w randze pułkownika pełnił funkcję kierownika oddziału chirurgicznego w Szpitalu Ujazdowskim.

Prof. Kryński był członkiem honorowym Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, Towarzystw Lekarskich w Krakowie i Częstochowie, Towarzystwa Chirurgów w Brukseli, doktorem honorowym uniwersytetu w Dorpacie, członkiem wielu Towarzystw Lekarskich krajowych i zagranicznych, był odznaczony orderem Legii Honorowej francuskiej i orderem jugosłowiańskim św. Sawy III stopnia. Był autorem wielu prac naukowych. *Prof. Kryński* był jednym z założycieli zarówno Towarzystwa Chirurgów Polskich, jak i Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego.

Życie ś. p. *prof. Leona Kryńskiego* było czynne, a zasługi dla chirurgii polskiej wielkie.

Cześć Jego pamięci!

A. Ambrożewicz.

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w trzecim kwartale 1937 r.

Zestawił **Dr. H. Ciszkiewicz** (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Biologia Lekarska	(Biol: L.) Nr. 1 — 7.
Chirurg Polski	(Ch. P.) Nr. 7 — 9.
Dentystyczne Wiadomości Związkowe	(Dent. W. Z.) Nr. 3.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr. 7.
Dwumiesięcznik Stomatologiczny	(D. Stom.) Nr. 4.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr. 3.
Gruźlica	(Gruźl.) Nr. 4.
Klinika Oczna	(Kl. Ocz.) Nr. 4.
Lekarz Kolejowy	(L. Kol.) Nr. 2.
Lekarz Polski	(L. P.) Nr. 7 — 9.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. XXX Nr. 1 — 5.
Medycyna	(Med.) Nr. 13 — 18.
Medycyna Doświadczalna i Społeczna	(Med. d. sp.) Nr. 3 — 4.
Medycyna Praktyczna	(Med. pr.) Nr. 12 — 16.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr. 13 — 18.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr. 4.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr. 27 — 39.
Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny	(Pol. Stom.) Nr. 7 — 8.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. XVI Nr. 4.
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej	(P. Ar. Med. Wew.) t. XV Nr. 2 — 3.
Prasa Lekarska (Monografie dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr. 43 — 45 .
Therapia Nova	(T. N.) Nr. 7 — 8.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr. 25 — 36.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr. 7 — 9.

CHIRURGIA OGÓLNA.

225. **Zembrzuski L.** O kierunku współczesnej chirurgii. Ch. P. Nr. 7, s. 337—340.

A. Z a k a ż e n i a, z a p a l e n i a.

226. **Celarek J.** Seroterapia w zakażeniach spowodowanych beztlenowcami. Med. Nr. 14, s. 491—496.

227. **Raciążek G.** O zakażeniu człowieka różycą świńską. L. Kol. Nr. 2, s. 109—110.

B. N o w o t w o r y.

228. **Zakrzewski Z.** Nowotwory, ich istota, geneza i środki ich zwalczania. Biol. L. Nr. 6, s. 257—280 i Nr. 7, s. 285—325.

229. **Dmochowski L.** O nowotworach, dających się przenosić za pomocą przesączów bezkomórkowych. W. Cz. L. Nr. 31—32, s. 588—590.

230. **Chimiak W.** O raku przetok, jam kostnych i blizn. P. P. Ch. Nr. 4, s. 918—934.

231. **Radliński Z. i Manteuffel - Szoege L.** O włókniaku mięsakowatym skóry. P. P. Ch. Nr. 4, s. 840—849.

232. **Bross W., Długosz H. i Kubikowski P.** Poziom adrenaliny we krwi w przypadkach nadnerczaków i jego znaczenie rozpoznawcze. P. P. Ch. Nr. 4, s. 813—826.

233. **Sitkowski W.** Z kazuistyki szpiczaka mnogiego. L. Kol. Nr. 2, s. 111—120.

Ponadto o nowotworach patrz N-ry: 263, 266, 267, 288, 303.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

234. **Porembiński T.** Przypadek wrodzonego samoistnego przerostu częściowego. L. W. Nr. 5, s. 298—303.

235. **Kossakowski J.** Doszczętne postępowanie w ciężkich postaciach ostrego zapalenia szpiku kostnego u dzieci. P. P. Ch. Nr. 4, s. 891—910.

236. **Łukowski L. i Gelman G.** Przypadek ostrej białaczki limfatycznej utajonej (leucaemia lymphatica aleucaemica acuta) z paradoksalnym obrazem krwi oraz znacznymi zmianami w kościach u 12-letniego dziecka. P. G. L. Nr. 38, s. 724—727.

D. K r e w, n a c z y n i a k r w i o n o ś n e i c h ł o n n e.

237. **Zaorski J. i Urbańczyk K.** Statystyka przetaczań krwi u dzieci. P. P. Ch. Nr. 4, s. 826—833.

238. **Chimiak W.** Właściwości dynamiczne krwi po jontoforezie histaminowej. P. P. Ch. Nr. 4, s. 792—802.

239. **Kampioni - Manteuffel B.** Zakrzepy i zatory tętnicy płucnej w świetle materiału sekcyjnego Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. P. Med. Nr. 17, s. 589—597.

E. Z n i e c z u l e n i e, u ś p i e n i e, z a b i e g i.

240. **Rafiński T.** Badania doświadczalne nad uśpieniem za pomocą evipan-natrium. Now. Lek. Nr. 16, s. 497—504.

241. **Jasieński J.** O wartości uśpienia ewipanowego w dużej chirurgii na podstawie 1800 własnych przypadków. P. P. Ch. Nr. 4, s. 833—840.

242. **Czyżewski K.** Przygotowanie skopolaminą do uśpienia sennarkolem. P. P. Ch. Nr. 4, s. 841—846.

243. **Justman S.** O nakłuciu podpotylicznym. W. Cz. L. Nr. 36, s. 665—666.

244. **Szerszyński B.** Zagadnienie przygotowania chorego do operacji. P. P. Ch. Nr. 4, s. 707—733.

245. **Jasieński J. i Wolański R.** W sprawie przygotowania chorego do zabiegu. P. P. Ch. Nr. 4, s. 734—738.

246. **Jasieński J.** Próby stosowania hormonów płciowych przed zabiegiem dla przygotowania chorego do operacji i w okresie zdrowienia pooperacyjnego. P. P. Ch. Nr. 4, s. 738—741.

247. **Lindenfeld L.** Zagadnienie przygotowania chorego do zabiegu urologicznego. P. P. Ch. Nr. 4, s. 741—746.

248. **Zaorski J. i Nowosielska H.** Przyczynek do badań nad przygotowaniem dzieci do operacyj za pomocą wstrzykiwań cukru gronowego. P. P. Ch. Nr. 4, s. 746—757.

249. **Michałowski E.** Uwagi w sprawie zapobiegania i leczenia choroby pooperacyjnej. P. P. Ch. Nr. 4, s. 757—760.

250. **Sieniawski J.** Hiperazotemia i hipochloremia pooperacyjna. P. P. Ch. Nr. 4, s. 761—767.

251. **Tokarski S.** Badania nad możliwością zmniejszenia odczynu pooperacyjnego. P. P. Ch. Nr. 4, s. 767—779.

252. **Wertheim A. i Frejman M.** W sprawie powikłań pooperacyjnych w drogach oddechowych i ich zapobiegania. P. P. Ch. Nr. 4, s. 779—784.

253. **Mossakowski J. i Wejroch K.** Zachowanie się układu siateczkowo - śródbłonkowego w stanach pooperacyjnych. P. P. Ch. Nr. 4, s. 802—813.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

254. **Czyżewski K.** Szyna do leczenia złamań obojczyka. P. P. Ch. Nr. 4, s. 888—891.

255. **Guzman S.** W sprawie współczesnych metod biologicznego i fizykalnego leczenia ran wiotkich (atonicznych), ze szczególnym uwzględnieniem metody własnej. L. W. Nr. 1, s. 18—36.

256. **Kucharski T.** Lecznicze działanie związków chemicznych zawierających grupę paraaminobenzenosulfamidową. I Prontosil. P. G. L. Nr. 17, s. 316—319 i Nr. 18, s. 338—340. II Septazyna. P. G. L. Nr. 30, s. 595—598. III Antystreptyna. P. G. L. Nr. 31—32, s. 614—618.

257. **Danielewicz J.** O wartości leczniczej antistreptyny w przypadku ropnego paciorkowcowego rozlanego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. P. G. L. Nr. 31—32, s. 620.

G. C h i r u r g i a u r a z o w a.

258. **Temler J.** Polskie piśmiennictwo traumatologiczno - ortopedyczne lat ostatnich. W. Cz. L. Nr. 25—28, s. 554.

Patrz również N-ry: 254, 309, 311—314.

H. Chirurgia wojenna i sportu.

259. **Będkowski T.** Zasady postępowania chirurgicznego wobec uszkodzeń sportowych. L. W. Nr. 1, s. 1—17, Nr. 2, s. 99—111, Nr. 3, s. 146—159, Nr. 4, s. 215—223 i Nr. 5, s. 287—297.

I. Radiologia, fizjoterapia.

260. **Grynkraut B.** Leczenie bólu promieniami Rentgena. D. Stom. Nr. 4, s. 316—323.

261. **Granatowicz J.** Leczenie rentgenowskie białaczki w Klinice Chirurgicznej U. P. Now. Lek. Nr. 17, s. 537—541.

Patrz również N-ry: 265, 267, 273, 281.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. Głowa.

262. **Biro M.** O wstrząśnieniu ośrodkowego układu nerwowego. W. Cz. L. Nr. 34, s. 621—623 i Nr. 35, s. 641—644.

263. **Albert Z.** Przyczynek do utkania i zachowania się złośliwych guzów przysadki mózgowej i przewodu czaszkowo - gardłowego. P. G. L. Nr. 36, s. 671—680.

264. **Hilarowicz H. i Sieniawski J.** Przypadek charłactwa przysadkowego (choroba Simmondsa) omówiony ze stanowiska chirurgii. P. P. Ch. Nr. 4, s. 914—918.

265. **Grzędzielski J.** Lokalizacja rentgenograficzna ciał obcych oka. Kl. Ocz. Nr. 2—3, s. 150—167.

266. **Kossowski S. M.** Nowotwory szczęki dolnej i sposób ich leczenia. Monogr. Nr. 44, s. 1—42.

C. Klatka piersiowa.

267. **Granatowicz J.** Naświetlania przedoperacyjne raka sutka promieniami Rentgena. Ch. P. Nr. 8, s. 403—409.

268. **Łobacz S.** Przyczynek do zachowawczego leczenia połogowych ropni sutków w cukrzycy płuc. L. W. Nr. 3, s. 129—145.

269. **Telatycki M.** Zabiegi chirurgiczne w gruźlicy płuc. L. W. Nr. 3, s. 129—145.

270. **Meysner S.** Technika operacji Jacobaeusa. Ch. P. Nr. 8, s. 434—443.

271. **Rakower J.** O rozpoznawaniu zarośnięcia jamy opłucnej. W. Cz. L. Nr. 35, s. 644—645.

D. Jama brzuszna.

272. **Stadnicki A.** Ropień podprzeponowy. P. G. L. Nr. 37, s. 699—704 i Nr. 38, s. 727—731.

(173). **Szenicer S.** Technika ważniejszych typowych zabiegów operacyjnych na przewodzie pokarmowym, stosowana w Klinice Chirurgicznej I U. J. P. Ch. P. Nr. 7, s. 382—388 (dokończenie).

273. **Peter J.** Dalszy ciąg doświadczeń własnych i wyników naświetlania promieniami pozafiołkowymi w chirurgii jamy brzusznej wraz z wynikami Wiktora Zająca. Ch. P. Nr. 7, s. 340—357.

274. **Dziewanowski M.** W sprawie różnicowania bólów w chorobach żołądka i wątroby. P. G. L. Nr. 35, s. 658—661.

275. **Łonżyński H.** Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy. T. N. Nr. 9, s. 365—378.

276. **Glass J.** O powstawaniu, rozpoznawaniu i leczeniu niedrożności dwunastnicy. P. Ar. Med. Wew. Nr. 3, s. 760—815.

277. **Lewandowski Z.** Uchyłek dwunastnicy. Ch. P. Nr. 7, s. 389.

278. **Jurasz A.** O operacyjnym leczeniu chorób trzustki. P. Ar. Med. Wew. Nr. 2, s. 557—574.

279. **Pelczar K.** Fizjopatologia trzustki. P. Ar. Med. Wew. Nr. 2, s. 413—494.

280. **Grott J. W.** Współczesny stan ważniejszych zagadnień z kliniki trzustki. P. Ar. Med. Wew. Nr. 2, s. 495—556.

281. **Kochanowski J.** O rentgenologicznym badaniu trzustki. Med. Nr. 18, s. 627—648.

282. **Tokarski S.** Leczenie ciężkich przypadków niedrożności przewodu pokarmowego. P. P. Ch. Nr. 4, s. 785—792.

283. **Pieczarkowski M.** Ostra śmiertelna niedrożność jelita wywołana kamieniem żółciowym. P. G. L. Nr. 27, s. 556—557.

284. **Kranz Sz.** Przypadek skrętu jelita biodrowego, spowodowanego istnieniem uchyłka Meckela. Ch. P. Nr. 8, s. 424—429.

285. **Biernacki A.** Odma otrzewna w leczeniu gruźlicy jelit. P. Ar. Med. Wew. Nr. 3, s. 723—738.

286. **Wolański R.** W sprawie leczenia operacyjnego przetok kałowych kątnicy, powstałych w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Ch. P. Nr. 8, s. 409—419.

287. **Binder Z. i Wolf J.** Stany zapalne wyrostka robaczkowego w przepuklinach pachwinowych. P. G. L. Nr. 37, s. 708—710.
288. **Łeszczijówna M.** Rak kiszki grubej. Med. pr. Nr. 15—16, s. 316—321 (d. c. n.)
289. **Sarnaker D.** Przypadek zastojowej torbieli krezkowej (cystis mesenterii retentialis). Ch. P. Nr. 8, s. 429—432.
290. **Justman L.** Polskie piśmiennictwo gastrologiczne w okresie 1933—36. W. Cz. L. Nr. 25—28, s. 505—514.

E. Narządy moczowo-płciowe.

291. **Beaupré J.** Przypadek krwiaka okołonerkowego powstałego spontanicznie u krwawca. Ch. P. Nr. 9, s. 462—466.
292. **Fryszman A.** Przyczynek do rozpoznawania ropni okołonerkowych. P. P. Ch. Nr. 4, s. 862—869.
293. **Czubalski S.** Badania doświadczalne nad połączeniami układu chłonnego nerek i trzew w związku z powstawaniem zakażenia dróg moczowych. P. P. Ch. Nr. 4, s. 854—856.
294. **Malczyński S.** O krwawieniach z dróg moczowych. P. G. L. Prakt. lek. ark. 7, s. 105—108.
295. **Lelesz E.** Kamienie moczowe. Biol. L. Nr. 6, s. 243—255.
296. **Monis J.** Przyczyny powstawania kamicy nerkowej i jej leczenie. W. L. Nr. 8, s. 237—249.
297. **Kranz Sz.** Przypadek równoczesnej kamicy nerkowej, moczowodowej i pęcherzowej olbrzymich rozmiarów. Ch. P. Nr. 9, s. 458—461.
298. **Kajkowski Z.** Przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych na tle kamicy nerkowej. Now. Lek. Nr. 16, s. 510—511.
299. **Kossakowski J.** „Karbunkuł" nerki u dziecka. Ped. Pol. Nr. 4, s. 286—290.
300. **Jasieński J.** W sprawie zagięć moczowodu wywołanych sztucznie. P. P. Ch. Nr. 4, s. 856—862.
301. **Dobrzaniecki W.** Czy istnieje t. zw. mechanizm zastawkowy po operacji Coffeya? P. P. Ch. Nr. 4, s. 849—854.
302. **Knoreck J.** Stany zapalne cewki moczowej i szyi pęcherza moczowego u kobiety. Ch. P. Nr. 8, s. 420—424.
303. **Lewandowski Z.** Naczyniak jamisty pęcherza moczowego. Ch. P. Nr. 8, s. 432—434.
304. **Lewinson S.** Przegląd polskiego piśmiennictwa urologicznego od listopada 1933 do maja 1937. W. Cz. L. Nr. 25—28, s. 548—553.
305. **Schittek E.** Przypadek torbieli niezwykłej wielkości. Now. Lek. Nr. 16, s. 511—512.

Patrz także N-ry: 247 i 310.

F. Kręgosłup, miednica.

306. **Handzel J.** Patogeneza i leczenie zmian statycznych kręgosłupa u niemowląt i dzieci wieku szkolnego. W. Cz. L. Nr. 29—30, s. 561—563 i Nr. 31—32, s. 582—584.

G. Kończyny górne.

307. **Goldman M. M.** Periarthritis humeroscapularis. Ch. P. Nr. 9, s. 448—457.
308. **Ermich S.** W sprawie zapobiegania wystąpieniu zespołu Volkmanna przez wycięcie uszkodzonego odcinka tętnicy ramieniowej. P. P. Ch. Nr. 4, s. 910—914.
309. **Kołodziejski J. i Sokołowski T.** Leczenie zastarzałych przypadków złamań kości łokciowej z jednoczesnym zwichnięciem główki k. promieniowej. Ch. P. Nr. 7, s. 389—392.
310. **Hirsch L.** Stwardnienie przerostowe prącia i przykurcz powięzi dłoniowej (Dupuytren). W. Cz. L. Nr. 36, s. 661—663.

Patrz również N-ry: 254 i 258.

H. Kończyny dolne.

311. **Levittoux H.** Operacyjne leczenie złamania szyjki kości udowej. P. P. Ch. Nr. 4, s. 870—887.
312. **Skorko J.** Wytyczne leczenia złamań kości udowej. Ch. P. Nr. 7, s. 358—381.
313. **Sokołowski T.** Technika leczenia złamań kostek podudzia. Ch. P. Nr. 9, s. 466—481.
314. **Kugler A.** Stosowanie opatrunków i wkładek celem zapobiegania tworzeniu się stopy płaskiej pourazowej. Ch. P. Nr. 9, s. 482—486.
315. **Fell B.** Dwa przypadki II choroby Koehlera. P. G. L. Nr. 30, s. 598—601.
316. **Zatorska J.** Choroba Buergera. T. N. Nr. 8, s. 323—333.

Patrz również Nr. 258.